

Bodies by Atun
15591 Creek Bend Dr. Suite 100
Sugar Land, TX 77461
P: (281) 232-6700 F:(281) 232-4545

Perfil del Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Genero: Femenino Masculino

Estado Marital: S C D V Seguro Social #: _____ Licencia #: _____

Informacion del Paciente

Direccion: _____

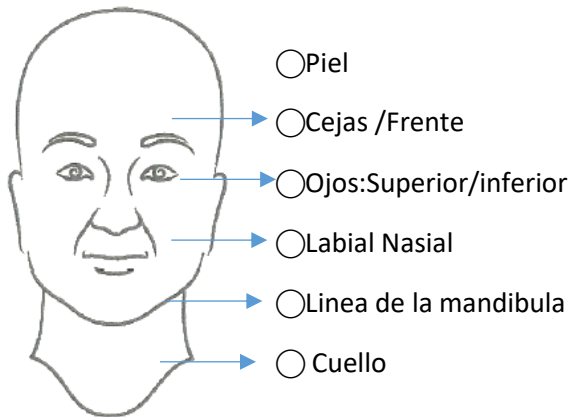
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Email: _____

Numero de Casa: _____ Numero de Celular: _____

En caso de emergencia? Nombre: _____ Numero de Tel: _____

Cuentanos lo que mas le importa a usted (Marque todo lo que corresponda)



- Aumento de senos
- Abdominoplastia
- Liposuccion
- Inyecciones de grasa
- Aumento de gluteos
- Opciones no quirurgicas

Razon de la cita: _____

Quien lo refirio? _____

Acordar y Reconocer

Autorizo Bodies by Atun que se ponga en contacto conmigo o dejar la información médica referente a mi cuidado a través de los métodos siguientes:

Telefono de su casa y/o correo de voz

Telefono de su celular y/o correo de voz

Nombre: _____

Fecha: _____

Bodies by Atun
 15591 Creek Bend Dr. Suite 100
 Sugar Land, TX 77461
 P: (281) 232-6700 F:(281) 232-4545

Historia Medica

Nombre: _____ Fecha: _____

Por favor responda a las siguientes preguntas :

Cancer de senos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Está usted actualmente recibiendo radioterapia o la quimioterapia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alguna vez ha tenido un trastorno del tejido conectivo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha tenido una cirugía de la cara o el cuello dentro de los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Oxígeno EPOC dependiente o asma grave?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sangrado Trastorno?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
La cicatrización anormal?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Reacción al látex?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alergia a la lidocaína?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sensibilidad epinefrina?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Actualmente tomar aspirina, Coumadin, Plavix, Pradaxa o cualquier diluyente de la sangre?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Aneurisma cerebral o shunt cerebro?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Parotidectomía Prior (extirpación de la glándula salival)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Apnea obstructiva del sueño?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene el síndrome de piernas inquietas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
VIH / SIDA?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Insuficiencia Renal?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Insuficiencia hepática, cirrosis o hepatitis activa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Los coágulos de sangre o la embolia pulmonar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
La diabetes que requiere medicación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta (hipertensión)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
El melanoma?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alguna vez has tenido un aneurisma de la aorta?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
La angina de pecho o dolor en el pecho con el ejercicio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Colocación angioplastia y / o stent?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha tenido un ataque al corazón en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usted tiene un marcapasos o DAI?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
El cateterismo del corazón / prueba de esfuerzo? <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alguna vez has tenido un accidente cerebrovascular o AIT?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Es usted un fumador actual?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ojos secos severos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Anemia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Depresion?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad de tiroides?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Lupus?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Transfusión De Sangre?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Convulsiones?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha tomado el medicamento Accutane en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Bodies by Atun
15591 Creek Bend Dr. Suite 100
Sugar Land, TX 77461
P: (281) 232-6700 F:(281) 232-4545

Doctor Familiar: _____ Tel: _____

Podemos contactar a su médico para obtener una autorización médica si es necesario? Si No

Farmacia: _____ Tel: _____

INDIQUE CUALQUIER CIRUGIAS USTED HA TENIDO:

Qué medicamentos o suplementos (prescritos y no prescritos) está tomando actualmente?

Medicacion:

Dosis y Frecuencia:

Medicacion:	Dosis y Frecuencia:

POR FAVOR, INDIQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE USTED ES ALERGICO Y DESCRIBE LA REACCIÓN:

Un poco mas sobre usted

MUJERES SOLAMENTE:

Fecha de la última mamografía: _____ ¿Haces exámenes de senos? Si No

As amamantado? Si No Ha tenido un bulto en el seno o secreción? Si No

Última Ciclo Menstrual _____ Talla de sujetador _____ Peso _____ Altura _____

CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFIA: Rutinariamente tomaremos fotografías para documentar los resultados del tratamiento, antes y después. Ocasionalmente, podemos usar la imagen para enseñar. No usaremos estas fotos para publicitar a menos que otorgue el permiso de Bodies by Atun. Si es así, ponga sus iniciales a continuación.

_____ DOY consentimiento por parte de Atun para publicar mis fotografías y expresar testimonios de voz para todos los propósitos de publicidad y mercadotecnia siempre que mi cara, nombre y edad no sean revelados.

_____ NO DOY consentimiento por parte de Atun para publicidad. Entiendo que estas fotografías son propiedad de Bodies by Atun y se mantendrán como parte de mi historial médico.

Nombre: _____

Fecha _____

Bodies by Atun
15591 Creek Bend Dr. Suite 100
Sugar Land, TX 77461
P: (281) 232-6700 F:(281) 232-4545

El formulario de seguro no aplica a pacientes cosméticos

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Seguro Social #: _____

Genero: Femenino Masculino Estado Marital: S C D V Licencia #: _____

Informacion del Paciente

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Numero de Casa: _____ Numero de Cell: _____

Informacion de Seguransa

PRIMARIA:

SEGURO DE PRIMARIA:	
PROVEEDOR DE POLIZA:	
FECHA DENACIMIENTO DEL PROVEEDOR:	
SEGURO SOCIAL DEL PROVEEDOR:	
IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO #	
GRUPO #	

SECUNDARIA:

SEGURO DE SECUNDARIA	
PROVEEDOR DE POLIZA:	
FECHA DENACIMIENTO DEL PROVEEDOR:	
SEGURO SOCIAL DEL PROVEEDOR:	
IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO #	
GRUPO #	