

¿Ha sido hospitalizada por razones distintas al parto normal? Sí No

¿Alguno de tus familiares ha tenido problemas con la anestesia? Sí No

¿Crees que puedes estar embarazada? Sí No

Número de bebidas alcohólicas consumidas diariamente: ____

Fecha de la última mamografía: ____ / ____ / ____
MM DD AAAA

Historia Quirúrgica Pasada

Cirujía	Año	Cirujano

Revisión de Sistemas

Tiene o ha tenido algún problema con:

	S	N		S	N
Problemas cardíacos, presión arterial alta			Problemas tiroideos		
Problemas cardíacos, presión arterial alta			Convulsiones / convulsiones		
Diabetes			Problemas de riñón		
Problemas de hígado, ictericia, hepatitis			Problemas de la piel		
Dolores de cabeza crónicos			Fiebre reumática		
Dolor de cuello, piernas o espalda			Cicatrices queloides		
Problemas de mama, secreción, biopsia de mama, cáncer			Coágulos de sangre		
Desmayo			Problemas estomacales o intestinales		
Glaucoma			Problemas psiquiátricos, depresión, ansiedad.		
Cáncer			Lupus, artritis reumatoide		
Trastornos hemorrágicos			Abortos espontáneos (enumere cuántos si es así)		

Por favor explique cualquier respuesta marcada "Sí" arriba:

Enumere cualquier afección médica que tenga: _____

¿Alguna historia familiar de enfermedad significativa como coágulo de sangre, diabetes, enfermedad cardíaca, melanoma, hipertermia maligna? _____

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Nombre impreso

Firma

Fecha

Tannan Plastic Surgery

2709 Blue Ridge Rd #150, Raleigh, NC 27609

(919) 797-0996 www.tannanmd.com info@tannanmd.com





Formulario de publicación de fotografía de paciente

Nombre del paciente _____

Por la presente reconozco que me han informado que me tomarán fotografías o partes de mi cuerpo antes, durante y después de los procedimientos. Libero y descargo Tannan Plastic Surgery y Shruti C. Tannan, MD, sus sucesores y cesionarios, y todas las partes que actúan bajo su licencia y autoridad, de todas y cada una de las reclamaciones o acciones que tenga o pueda tener relacionadas con dicho uso y publicación y todos los derechos que pueda tener en dicha información, fotografías, imágenes electrónicas, secuencias de video y detalles ("Medios") con respecto a los servicios médicos prestados, incluido el reclamo de el pago en relación con dicho usuario o publicación.

Por la presente, doy mi consentimiento para que Tannan Plastic Surgery utilice los medios para los fines de mi atención médica con Tannan Plastic Surgery y para álbumes de fotografías en la oficina, medios impresos, medios de difusión y medios electrónicos. Mi consentimiento está sujeto a la condición de que no soy identificado por nombre en cualquier momento durante cualquier uso o publicación de estos materiales.

Certifico que he leído la autorización y la versión anterior y que entiendo completamente sus términos.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Firma del testigo _____

Tannan Plastic Surgery

2709 Blue Ridge Rd #150, Raleigh, NC 27609

(919) 797-0996

www.tannanmd.com info@tannanmd.com





Recibo de Aviso de la Privacidad del Paciente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo dejo constancia que he recibido una copia de aviso de confidencialidad del paciente de Tannan Plastic Surgery. Este aviso describe cómo Tannan Plastic Surgery puede usar y/o divulgar mi estado de salud, así como las restricciones de uso de dicha información y los derechos que yo pueda tener sobre la confidencialidad de la información de mi salud.

Firma del Paciente

Fecha

Tarjeta de Crédito- HIPAA

TANNAN PLASTIC SURGERY REQUIRE UN PERMISO FIRMADO POR EL PACIENTE CUANDO SE USA LA TARJETA DE CRÉDITO PARA UN PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN EN ESTA OFICINA. SI HAY UNA DISPUTA CON LA COMPAÑÍA DE CRÉDITO DEBIDO A UN PROCEDIMIENTO RELACIONADO CON ESTA OFICINA, TENEMOS QUE TENER LA AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA RESPONDER ADECUADAMENTE A LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR EL BANCO O CUALQUIER OTRA ORGANIZACIÓN RELACIONADA CON ESA TRANSACCIÓN. VALORAMOS SU PRIVACIDAD Y PROMETEMOS QUE EL PERSONAL DE TANNAN PLASTIC SURGERY NO DIVULGARÁ INFORMACIÓN SALVO QUE SEA NECESARIO PARA RESOLVER LA DISPUTA. GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

Firma del Paciente

Fecha

Tannan Plastic Surgery

2709 Blue Ridge Rd #150, Raleigh, NC 27609

(919) 797-0996 www.tannanmd.com info@tannanmd.com





Lista de procedimientos de interés

Bienvenido a Tannan Plastic Surgery! Por favor seleccione lo que le interesa discutir durante su consulta.

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Botox/Filler | <input type="radio"/> Levantamiento facial / Cuello |
| <input type="radio"/> Liposucción | <input type="radio"/> Cirugía de Párpados |
| <input type="radio"/> Aumento de Senos | <input type="radio"/> Levantamiento de cejas |
| <input type="radio"/> Levantamiento de Senos | <input type="radio"/> Rinoplastia |
| <input type="radio"/> Reducción de Senos | <input type="radio"/> Augmento de Labios |
| <input type="radio"/> Abdominoplastia | <input type="radio"/> Injerto de Grasa |
| <input type="radio"/> Mommy Makeover | <input type="radio"/> Labioplastia |
| <input type="radio"/> Levantamiento de glúteos brasileños | <input type="radio"/> Cirugía de Orejas |
| <input type="radio"/> Micro agujas | <input type="radio"/> Reparación del lóbulo de la Oreja |
| <input type="radio"/> Lipo Submental (cuello) | <input type="radio"/> Revisión de cirugía Facial |
| <input type="radio"/> Rejuvenecimiento de Piel | <input type="radio"/> Exfoliación química del Rostro |
| <input type="radio"/> Avéli Celulitis Tratamiento | <input type="radio"/> Productos avanzados de Piel |
| <input type="radio"/> Contorno Corporal | <input type="radio"/> Otro: _____ |

Tannan Plastic Surgery

2709 Blue Ridge Rd #150, Raleigh, NC 27609

(919) 797-0996

www.tannanmd.com info@tannanmd.com

