**INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES DE PRE-REGISTRO PARA EL PACIENTE**

**\*\* IMPORTANTE \*\***

**Por favor traiga esto documento con usted en el día de su cirugía**

* **Por Favor complete y traiga lo siguente:**
  + Tarjetas de Aseguranza Medica
  + Identificacion legal
  + Lista de Medicacion
  + **Conductor Responsable mayor de 18 años**
  + Pago Finianciero (Co-Pago, Co-Aseguranza, Deducible) applicable

**El seguro Co-Pago, Co-Aseguranza y Deductible seran collectado al registrarse para su cirujia.**

**Nuestra instalacion se pondra en contacto con usted para proporcionarle el gasto de su propio bolsillo.**

* Aceptamos efectivo, cheques personales, los cheques de cajero, Visa, Master Card, American Express y Care Credit.

**PACIENTES DE DIÁLISIS DEBEN TENER RESULTADOS ACTUALES DEL LABORATORIO (de menos de 7 días)**

**NO COMER O BEBER DESPUÉS DEL TIEMPO QUE LE HAN DADO INSTRUCCIONES** (generalmente 6 horas antes de su tiempo programado de la cirugía) **ESTO INCLUYE EL CARAMELO, LA GOMA Y EL AGUA.** Tomar por favor cualquier medicación necesaria (tal como medicaciones de la presión arterial) con la aprobación de su cirujano, usar la cantidad más pequeña de agua necesaria para consumir.

***Nuestra instalacion se pondra en contacto con usted sobre su historia medica y medicamentos.***

***TODOS LOS PACIENTES DEBEN TENER PRESENTE SU CONDUCTOR RESPONSIBLE.***

**SI NECESITAS TRADUCION POR FAVOR AVISAR 72 HORAS EN AVANZADO PARA PROPORCIONAR UNO.**

**Tenga en cuenta:** La falta de completar la informacion requerida puede resultar en la cacellation y/o reprogramacion de su cirujia para que podamos proporcionar el major cuidado para usted.

LABEL

**Los efectos secundarios adversos de la medicación son una preocupación siempre que los pacientes estén tomando medicaciones múltiples o tengan dolencias múltiples.**

**Nuestro personal y médicos toman esto muy seriamente. Para proporcionar el cuidado seguro más de alta calidad, quisiéramos documentar la lista más exacta y más completa de sus medicaciones actuales. Esto incluiría el nombre, la dosis y la frecuencia de cada medicación que usted toma. Tardar por favor la época de rellenar el impreso en el revés de este documento, para asistir a su médico para tomar decisiones informadas en su cuidado.**

**Cuando usted llega repasaremos la información con la enfermera. Cuando le descargan, le daremos una lista actualizada de sus medicaciones para sus expedientes. Por favor sientase libre de contactarnos (602) 234-8478 con cualquier pregunta.**

**List of Current Medications**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicacion/Suplemento**  **(Preescrito & de el mostrador)** | **Cantidad**  **(Dosis)** | **Como tomas**  **(Ruta)** | **Con que frecuencia**  **(Frequency)** | **Last Taken**  **(Prior to Surgery)** |
| **Example**: Aspirina | 500mg | Oral | Dos veces al dia | Tarde en la noche (Fecha) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |