KARIM BENÍTEZ-MARCHAND, M.D.
CIRUJANO PLÁSTICO

T: 620.4070, 620.4071
F: 620.4072

MARAMAR PLAZA • SUITE 805
#101 SAN PATRICIO AVE
SAN JUAN, PR 00969

CUESTIONARIO

Nombre: _____ Núm. de Récord: _____

Apellido Paterno *Apellido Materno* *Nombre* *Inicial*

1. *¿Cómo se enteró de nosotros?*

   ☐ *Referido* ☐ *Por un paciente nuestro* ☐ *Periódico* ☐ *Website*

   ☐ *Guía telefónica* ☐ *Radio/TV* ☐ *Otro*

2. *¿Es alérgico a algún medicamento?* ☐ *Si* ☐*No*

   Indique: _____

3. *¿Toma algún medicamento o suplemento vitamínico o natural?* ☐*Si* ☐*No*

   Indique: _____

4. *¿Alguna vez ha sido operado de cirugía plástica?* ☐*Si* ☐*No*

   ☐*Cirujano* _____ *Fecha:* _____

   Procedimiento: _____

5. *¿Alguna vez ha visitado un cirujano plástico?* ☐*Si* ☐*No*

   Nombre _____ *Fecha:* _____

6. *¿Ha tenido cirugías previas de cualquier tipo?* ☐*Si* ☐*No*

   ☐*Cirujano* _____ *Fecha:* _____

   Procedimiento _____

7. Señale si padece o padeció de alguna de las condiciones mencionadas abajo:

☐ *Presión Alta*	☐*Dolor de Pecho*	☐*Arritmia*	☐ *Infartos al corazón*
☐ *Aneurisma*	☐*Diabetes*	☐*Asma*	☐*Hepatitis*
☐ *Lupus*	☐*Artritis*	☐*Epilepsia*	☐ *Anemia*
☐ *Hemofilia*	☐*Alcoholismo*	☐*SIDA (HIV)*	☐ *Problemas estomacales*
☐ *Tuberculosis*	☐*Ojos secos*	☐*Tiroides*	☐ ***Sangrado <u>profuso</u> en Menstruación***
☐ *Migrañas*	☐*Dolor de cabeza*	☐*Depresión ó Enf. Siquiátricas*	
☐ *Bronquitis*	☐*Parálisis Facial*	☐*Problemas respiratorios*	
☐ *Enfisema*	☐ *Sangrado nasal*	☐*Mala cicatrización (Keloides)*	
☐ *Trombosis venosa*	☐*Condición de la piel*	☐*Trauma facial o corporal*	
☐ *Cáncer*	*Otra:* _____		

8. *¿Usted fuma?* ☐ *Sí* ☐*No* *¿Cuánto?* _____

9. *¿Usa bebidas alcohólicas?* ☐*Sí* ☐*No* *(* ☐*Mucho* ☐*Poco* ☐*Moderado)*

10. *¿Usa drogas ilícitas?* ☐*Sí* ☐*No*

Describa: _____

11. *Hospitalizaciones:*

- *Condición:* _____ *Fecha:* _____
- *Condición:* _____ *Fecha:* _____
- *Condición:* _____ *Fecha:* _____

12. *Áreas que le interesan:*

☐ *Frente* ☐*Orejas* ☐*Senos* ☐*Ojos* ☐*Barbilla* ☐*Abdomen*

☐*Cara* ☐*Cuello* ☐*Muslos* ☐*Naríz* ☐*Brazos* ☐*Nalgas*

Procedimientos:

☐*Liposucción (Lipoescultura)*	☐*Rinoplastía*	☐*Implantes faciales*
☐*Cirugía de parpados*	☐*Botox®, Restylane®*	☐*Implantes de grasa*
☐*Aumento de seno*	☐*Abdominoplastía*	☐*Aumento de nalgas*
☐*Levantamiento de seno*	☐*Reducción de seno*	☐*Levantamiento de muslos*
☐*Levantamiento de cara y cuello*	☐*Levantar frente y cejas*	☐*Braquioplastía*
☐*Cirugía de párpados*	☐*Revisión de Cicatriz*	☐*Otro:* _____

_____

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

* **<u>NO</u> Autorizo que se me contacte vía:** ☐ Teléfono ☐ Fax ☐ Correo ☐ Correo electrónico