

REGISTRO DEL PACIENTE

(Si se trata de un reclamo de indemnización laboral, notifíquenos al registrar su ingreso).

Para uso de la oficina solamente. Tabla n.º _____

Este formulario se debe completar antes de la consulta con el médico para garantizar que se obtengan registros precisos de su historia clínica y un compromiso de pago por parte de su compañía de seguros. Los acuerdos de pago se deben concretar al momento del servicio.

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

N.º de seguro social _____ Raza _____ Estado civil S C D V

Sexo M F Transgénero M F Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular _____ Teléfono del trabajo _____ Celular _____

Correo electrónico _____

¿Cómo supo de nosotros? _____ ¿A qué proveedor vino a ver? _____

Información de contacto de emergencia

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Información del titular de la póliza (si no es el paciente)

Titular de la póliza/nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

Parentesco con el paciente _____ N.º de seguro social _____ Sexo M F

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Indique si la información proporcionada corresponde al seguro primario o secundario. La información del seguro médico provista es completa. No poseo otra cobertura de atención médica. _____ Inicial

Médico de atención primaria _____ Teléfono _____

Derivado por Médico _____ Amigo _____ Sitio web _____

Nombre _____ Teléfono _____

Información del empleo

Empleador _____ Ocupación _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Información de la farmacia

Nombre _____ Teléfono _____

Doy mi permiso para que Surgical Group of North Texas, LLP y cualquier miembro del personal divulguen toda información relacionada con mi historia clínica o mis registros de facturación a las siguientes personas:

Firma _____ Fecha _____

HISTORIA CLÍNICA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Sexo M F Transgénero M F Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil S C D V

****Indique el motivo por el cual viene al médico hoy.**** _____

¿LE HAN REALIZADO ALGUNA CIRUGÍA PREVIAMENTE? (Marque todas las opciones que correspondan y especifique el año).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apendicectomía _____ | <input type="checkbox"/> Hernia: <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Umbilical _____ |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de mama _____ | <input type="checkbox"/> Histerectomía _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de cáncer de mama _____ | <input type="checkbox"/> Cirugía de abdomen abierto _____ |
| <input type="checkbox"/> Bypass coronario _____ | <input type="checkbox"/> Extirpación de un ovario: <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho _____ |
| <input type="checkbox"/> Vesícula biliar _____ | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD? (Marque o especifique lo que corresponda).

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación | <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca irregular | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

**** ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE SOMETIÓ A LO SIGUIENTE? ****

Año del último Papanicolau: _____ Año de la última mamografía: _____

Año de la última colonoscopia: _____ Año de la última vacuna antigripal: _____

Año de la última vacuna contra la neumonía: _____ ¿Ha viajado recientemente al Caribe, Centroamérica o América del Sur?

Sí No

HISTORIA CLÍNICA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Sexo M F Transgénero M F Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil S C D V

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? (Marque o especifique lo que corresponda).

- | | | | |
|--|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina (81 mg o 325 mg) | <input type="checkbox"/> Coumadin | <input type="checkbox"/> Effient | <input type="checkbox"/> Eliquis |
| <input type="checkbox"/> Plavix | <input type="checkbox"/> Pradaxa | <input type="checkbox"/> Otros anticoagulantes 7. _____ | |
| 1. _____ | 4. _____ | 8. _____ | |
| 2. _____ | 5. _____ | 9. _____ | |
| 3. _____ | 6. _____ | 10. _____ | |

¿PADECE ALGUNA ALERGI A O EFECTO ADVERSO PROVOCADOS POR EL MEDICAMENTO? Sí No

(Especifique a continuación).

HISTORIAL SOCIAL

- Consumo de tabaco Exfumador Sí No _____ paquetes/día _____ años Consumo de otra droga
- Consumo de alcohol Exalcohólico Sí No _____ copas/día _____
- Edad de la primera menstruación _____ Edad del primer parto _____ Premenopáusica Posmenopáusica

¿EXISTEN PROBLEMAS DE SALUD EN SU FAMILIA(ejemplo: padres, hermanos, hijos)? (Marque todas las opciones el parentesco).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de ovario _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros cánceres _____ | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades _____ |

REVISIÓN DE SISTEMAS

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Sexo M F Transgénero M F Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estado civil S C D V

¿TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS? (Marque todas las opciones que correspondan).

CONSTITUTIVO

- Escalofríos Fatiga Letargo Fiebre persistente
 Debilidad Pérdida de peso

OÍDOS, NARIZ, BOCA Y GARGANTA

- Secreción del oído Afonía Pérdida de la audición Dolor en la boca
 Congestión nasal Hemorragia nasal Problemas de sinusitis Dolor de garganta
 Inflamación de la garganta Dolor/inflamación de la lengua Dolor de dientes Cambios en la voz

ENDÓCRINO

- Tolerancia al frío Tolerancia al calor Aumento de la sed Aumento de la producción de orina
 Mal funcionamiento de la tiroides Aumento de peso Pérdida de peso

GASTROINTESTINAL

- Dolor abdominal Anorexia Sangre en las heces Constipación
 Diarrea Dolor al tragar Dolor rectal Reflejo
 Vómitos con sangre

GENITOURINARIO

- Sangre en la orina Evacuación frecuente de la orina Dolor al orinar Dolor testicular
 Inflamación de los testículos Urgencia por orinar Orinar por las noches

CARDÍACO

- Dolor o molestia en el pecho Incapacidad de acostarse horizontalmente Hinchazón de las piernas
 Palpitaciones Dificultad para respirar al esforzarse

PULMONAR

- Tos con sangre Tos seca Dolor al respirar Neumonía
 Tos con expectoración Dificultad para respirar Sibilancia

LOCOMOTOR

- Artritis Dolor de espalda Hinchazón de las extremidades Dolor articular
 Inflamación articular Dolor muscular Dolor de cuello

NEUROLÓGICO

- Problemas en la vejiga Problemas intestinales Confusión Desmayo
 Dolores de cabeza Sensación de mareo leve Adormecimiento Problemas para caminar
 Convulsiones Cambios en la visión Debilidad

PSICOLÓGICO

- Agitación Ansiedad Confusión Depresión
 Alucinaciones Insomnio Estrés

CUTÁNEO

- Escoriación Hematomas Picazón Laceraciones
 Sarpullidos

NOTIFICACIÓN DE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Esta notificación describe de qué manera se podría utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a ella. Léala detenidamente.

Como proveedor de atención médica, tenemos la obligación legal de mantener la privacidad de su información médica, de entregarle esta "Notificación de normas de confidencialidad" y de acatar estos términos.

Podríamos divulgar las historias clínicas y otra información de salud que lo identifique para su tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- El tratamiento se compone de la prestación, coordinación y gestión de la atención médica y los servicios afines por parte de uno o más proveedores de atención médica. Esto incluye la coordinación de la atención con un proveedor externo, la consulta entre proveedores de atención médica y la derivación a otro proveedor.
- El pago supone el desempeño de actividades en pro de la obtención del pago de servicios, como determinación de elegibilidad y beneficios, certificación o autorización previas de servicios, facturación y recaudación, entre otros.
- Las operaciones de atención médica hacen referencia a los aspectos comerciales relacionados con la ejecución de nuestras prácticas, como la evaluación de la calidad y la mejora de las actividades.

Es posible que nos pongamos en contacto con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información de salud relacionada con los beneficios y servicios que podría obtener. Utilizaremos o divulgaremos la información de salud protegida para cualquier otro fin, sin su autorización. Cualquier otra autorización también podría revocarse. Mediante una solicitud por escrito, usted tiene los siguientes derechos en relación con su información de salud:

- Derecho a solicitar restricciones sobre determinados usos y divulgaciones.
- Derecho a recibir comunicados confidenciales de su información de salud protegida.
- Derecho a revisar y copiar su información de salud protegida.
- Derecho a modificar su información de salud protegida.
- Derecho a obtener un registro de divulgaciones de su información de salud protegida.

Existen situaciones en las que no estamos obligados a aceptar su solicitud de restricción del uso y la divulgación de su información o de modificación de su información de salud protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras normas de confidencialidad y de aplicar normas de confidencialidad modificadas a la información de salud protegida.

Si tiene alguna duda o sospecha que existe alguna violación a los derechos de privacidad, puede llamar al supervisor o al encargado de la oficina de confidencialidad al (972) 254-9399. No se tomarán represalias contra ninguna persona que presente un reclamo. Los reclamos también pueden presentarse ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201. Sin embargo, preferimos que se comunique con nosotros para poder corroborar cualquier inconveniente cuando surge.

Fecha de entrada en vigencia: 14 de abril de 2005

POLÍTICA FINANCIERA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Nuestro interés principal es que usted reciba los tratamientos adecuados y opcionales que necesita para recobrar su salud.

Les pedimos a todos los pacientes que lean y firmen nuestra política financiera, y que completen el formulario de información del paciente antes de la consulta con el médico. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de nuestras políticas de pago, no dude en preguntarle al personal de nuestra oficina.

El copago vence al momento de la prestación de los servicios. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, y para su comodidad, las tarjetas MasterCard y Visa.

Como cortesía, nos complacerá presentar su reclamo de seguro por reembolso, siempre y cuando traiga su tarjeta del seguro con toda la información. Es su responsabilidad proporcionarnos información correcta y actualizada sobre el seguro. No obstante, debe saber que:

1. Su póliza de seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. Nosotros NO formamos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted, y no con la compañía de seguros. Haremos todo lo posible para ayudarlo, pero se trata de su póliza seguro. Es su responsabilidad conocer su red de servicios de salud y qué médicos e instalaciones de atención médica puede utilizar.
2. No todos los servicios tienen cobertura en todos los contratos. Los servicios sin cobertura serán su responsabilidad. Consulte al proveedor de su plan de seguro.
3. Los copagos y el deducible impago vencen al momento del tratamiento.
4. Puede pagar el saldo adeudado con dinero en efectivo, cheques o las tarjetas de crédito MasterCard y Visa.

Entendemos que los problemas financieros circunstanciales pueden incidir en la capacidad de pago en tiempo y forma del saldo adeudado. Le recomendamos que nos notifique de dichos problemas para que podamos ayudarlo a gestionar su cuenta.

Una vez más, gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Valoramos que confíe en nosotros y que nos brinde la oportunidad de prestarle servicios.

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Yo, _____, doy mi consentimiento para que los Dres. Alibhai, Clifford, Emerson, Matin, Rivera, Shafi y Schierling (Surgical Group of North Texas, LLP) utilicen y divulguen la información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Podré repasar la notificación de normas de confidencialidad para obtener más información sobre uso y divulgación.

Acepto que los términos de las normas de confidencialidad pueden cambiar, y que puedo pedir una copia de la notificación en cualquier momento durante el horario de atención normal.

Acepto que puedo solicitar que se apliquen restricciones al uso y a la divulgación de mi información. También acepto que Surgical Group of North Texas, LLP no está obligada a aceptar esos pedidos; no obstante, si está de acuerdo, está obligada a concederlos.

Este consentimiento puede revocarse presentando una solicitud por escrito a Surgical Group of North Texas, LLP. Esta revocación no afecta ningún uso o divulgación que ya se haya realizado.

Recibí una copia de la "Notificación de normas de confidencialidad".

Firma

Fecha

INFORMACIÓN PREQUIRÚRGICA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Gracias por confiarle su atención a Surgical Group of North Texas. Queremos que usted sepa tanto como sea posible acerca de cómo prepararse para su procedimiento. Visite **SurgicalGroupNT.com** para obtener información sobre lo que debe esperar durante la cirugía y sobre las preguntas frecuentes acerca de los cuidados posquirúrgicos. Llame a nuestras oficinas al (972) 254-9399 si tiene alguna duda.

EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS

Fecha _____ Hora _____ a. m./p. m.

CIRUGÍA

Fecha _____ Hora _____ a. m./p. m.

LLEGADA AL HOSPITAL

Hora _____ a. m./p. m.

TIPO DE CIRUGÍA/PROCEDIMIENTO _____

CÓDIGO CPT _____

UBICACIÓN DE LA CIRUGÍA/PROCEDIMIENTO

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Baylor Grapevine | <input type="checkbox"/> Baylor Irving | <input type="checkbox"/> Baylor Surgical Hospital Las Colinas |
| <input type="checkbox"/> Baylor Trophy Club | <input type="checkbox"/> Dallas Medical Center | <input type="checkbox"/> Medical City Las Colinas |
| <input type="checkbox"/> Medical City Alliance | <input type="checkbox"/> Methodist Southlake Hospital | <input type="checkbox"/> Pine Creek Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Texas Health Harris Methodist - HEB | <input type="checkbox"/> Texas Health Harris Methodist - Southlake | |

***Consulte las últimas páginas para obtener direcciones, mapas y números de teléfono.**

NOMBRE DEL MÉDICO

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mustafa Alibhai, MD | <input type="checkbox"/> Edward Clifford, MD | <input type="checkbox"/> Nathan Emerson, MD | <input type="checkbox"/> Sina Matin, MD |
| <input type="checkbox"/> Julio Rivera, MD | <input type="checkbox"/> Shahid Shafi, MD | <input type="checkbox"/> Steve Schierling, MD | |

CONSULTA POSQUIRÚRGICA

Fecha _____ Hora _____ a. m./p. m.

SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Haremos todo lo posible para poder reducir sus gastos, pero muchos de ellos están fuera de nuestro control. Nuestro consultorio cobrará su coseguro por adelantado por los honorarios del médico para su procedimiento quirúrgico. Usted debe comunicarse por anticipado con el hospital para explicar sus beneficios para los gastos del centro. Le facturaremos a su seguro a la tarifa contratada por los servicios de nuestro cirujano. Según la explicación de beneficios que recibimos de su compañía aseguradora, le facturaremos por cualquier parte adicional que se consideren como responsabilidad del paciente. Para todos los procedimientos, la parte del paciente debe ser pagada por anticipado al cirujano y el centro puede ofrecer un financiamiento para los gastos del mismo. El instrumentador quirúrgico, el radiólogo, el patólogo y el anestesiólogo también pueden facturarle.

Usted merece tener conocimiento de la cobertura de su póliza de seguro y sus beneficios. Póngase en contacto con el departamento de atención al cliente de su compañía para obtener una explicación clara de sus beneficios quirúrgicos. Cada póliza es diferente, incluyendo las obligaciones del miembro. Si tiene alguna pregunta sobre una factura, comuníquese primero con su compañía de seguros y luego con nuestro departamento de facturación al (877) 903-5118.

Firma _____

Fecha _____

PREPARACIÓN PARA LA CIRUGÍA

**** NO COMA NI BEBA NADA A PARTIR DE LA MEDIANOCHE ANTERIOR A LA CIRUGÍA.**

ESTO INCLUYE AGUA, CAFÉ, MENTAS, CAMELOS DUROS, TABACO Y GOMA DE MASCAR. **

- Traiga consigo sus tarjetas de seguro y licencia de conducir o identificación.
- Traiga la lista de medicamentos, incluidos los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos. Si usa un inhalador o un dispositivo de presión positiva continua en la vía aérea/dispositivo de presión positiva de dos niveles en la vía aérea, tráigalo con usted.
- Coordine para que alguien lo lleve a su casa después de haber recibido el alta del hospital.
- Por política del hospital, se prohíbe el ingreso de niños menores de 12 años como visitas a la unidad de cirugía ambulatoria.
- Tome los medicamentos para la presión arterial, el corazón y anticonvulsivos con un pequeño sorbo de agua la mañana de la cirugía, si normalmente los toma por la mañana. En la mañana de su cirugía, tome media dosis de insulina, salvo que su médico le indique lo contrario. **NO** tome pastillas para la diabetes la mañana de la cirugía. Deje de tomar cualquier anticoagulante (aspirina, Brilanta, Coumadin, Effient, Eliquis, Plavix, Pradexa, Xarelto) _____ días antes de la cirugía, a menos que su médico le indique otra cosa.
- Es posible que previo a la admisión/cirugía reciba una llamada para conversar sobre su historia médica, los medicamentos y cualquier examen prequirúrgico que sea necesario.
- Puede lavarse los dientes y enjuagarse la boca el día de la cirugía sin tragar líquidos. No rasure el área de la operación.
- Use ropa que sea cómoda; se recomienda usar pijamas. Si usa anteojos, audífonos, lentes de contacto o dentaduras postizas, traiga algo para guardarlos durante el procedimiento. No use joyas.
- Si tiene un testamento en vida, un poder médico legal permanente y cualquier otra instrucción escrita respecto a sus deseos sobre su atención médica, tráigalos con usted.
- Contamos con traductores para pacientes con discapacidad auditiva y que no hablan inglés.

PREGUNTAS FRECUENTES

Éstas son recomendaciones generales para fines informativos únicamente. No constituyen consejo médico. Póngase en contacto con nuestra oficina al (972) 254-9399 si tiene preguntas relacionadas con sus inquietudes específicas.

CUIDADO DE LA INCISIÓN

P ¿Cuándo se sacan las grapas/puntos?

R Entre 7 y 10 días después de la cirugía.

P ¿Cuándo puedo sacarme la venda?

R Un día después de la cirugía, a menos que la venda esté húmeda. Se sacará la venda y limpiará el área con agua y jabón. Luego, séquela y colóquese una nueva venda. Esta puede ser una Band-Aid® o gasa con cinta adhesiva. No utilice peróxido o alcohol sobre las incisiones, a menos que se lo indique el médico.

P ¿Puedo sacarme las tiras adhesivas estériles?

R Cuando se duche, deje que las tiras adhesivas estériles se mojen. Se caerán por si solas dentro de 7 a 10 días.

P Mi incisión está drenando. ¿Es normal?

A Tendrá un drenaje; sin embargo, las señales de infección son enrojecimiento en el lugar de la incisión (que se expande), sensación de calentura en la incisión y un olor fétido en el drenaje. Si esto ocurre, póngase en contacto con nosotros.

P ¿Puedo colocar un ungüento antibacterial en mis incisiones?

R No hay necesidad de hacerlo. Y tampoco utilice peróxido o alcohol sobre las incisiones, a menos que se lo indique el médico.

P Mi incisión está hinchada. ¿Es normal?

R Esto ocurrirá; sin embargo, si observa que tiene fiebre, enrojecimiento o un olor fétido en el drenaje, póngase en contacto con nosotros.

P Tengo sangre en la venda. ¿Está bien?

R Es normal; sin embargo, si el flujo es constante y la venda se humedece en menos de 15 minutos, póngase en contacto con nosotros.

P La incisión se abrió. ¿Qué hago?

R Póngase en contacto con nosotros lo antes posible.

P Tengo sarpullido o ampollas en la incisión o cerca de ella. ¿Qué hago?

R Aplique un ungüento antibacterial en el área y coloque una venda no adhesiva. Trate de no alterar las ampollas. Póngase en contacto con nuestra oficina para hablar con su médico.

PREGUNTAS FRECUENTES

CONTROL DEL DOLOR

P Después de la cirugía, tengo dolor. ¿Debo esperar que esto suceda?

R Es normal; sin embargo, si el dolor no se alivia después de tomar analgésicos, póngase en contacto con nosotros.

P ¿Cuándo me sacan la bomba para analgesia?

R Tres días después de la cirugía. El enfermero le enseñará cómo sacársela cuando le den de alta del hospital.

PREOCUPACIONES FÍSICAS

P Tengo sarpullido en el cuerpo. ¿Es normal?

R Esto puede ocurrir por una reacción alérgica a los medicamentos. Si esto ocurre, deje de tomar los medicamentos y empiece a tomar Benadryl según las indicaciones del frasco. Luego, póngase en contacto con nosotros lo antes posible.

P Tengo dolor en la pierna o brazo con hinchazón. ¿Qué hago?

R Póngase en contacto con nosotros lo antes posible.

P Tengo fiebre. ¿Qué debo hacer?

R Póngase en contacto con nosotros lo antes posible.

P ¿Por cuánto tiempo debo usar el vendaje abdominal después de la reparación de hernia?

R Como mínimo dos semanas. Se lo puede sacar para ducharse.

P ¿Qué puedo tomar para el estreñimiento?

R Leche de magnesia o ablandadores de deposiciones (preferimos que empiece a tomar ablandadores de deposiciones al día siguiente de su cirugía, incluso si no está estreñado, para evitar el estreñimiento). Es común que los pacientes no tengan movimiento intestinal de 2 a 3 días después de la cirugía.

P ¿Qué hago si tengo problemas para orinar?

R Póngase en contacto con nosotros lo antes posible.

P ¿Cuándo me sacan el drenaje?

R Generalmente, se saca 5 días después de la cirugía. Comuníquese con nuestra oficina para obtener una cita para sacárselo.

P Tengo flatulencias, ¿qué puedo tomar?

R Puede tomar Gas-X; sin embargo, los pacientes que se han sometido a cirugía laparoscópica pueden experimentar una sensación de aire atrapado en los hombros. Los movimientos de hombros pueden ayudar a aliviar en algo este dolor. En ocasiones, caminar también ayuda.

PREGUNTAS FRECUENTES

P ¿Qué puedo tomar para la diarrea?

A Kaopectate. Si no ayuda en un período de 24 horas, póngase en contacto con nosotros.

P Me colocaron una malla después de una reparación de hernia. ¿Es normal que sienta quemazón o pellizcos?

R Es común; sin embargo, si observa enrojecimiento, hinchazón o fiebre, póngase en contacto con nosotros.

P Tengo muchas náuseas. ¿Qué puedo hacer?

R Tener algo de náusea es normal después de la cirugía. Sin embargo, si tiene dificultad para retener líquidos o sólidos de manera persistente, póngase en contacto con nosotros lo antes posible.

HIGIENE

P ¿Cuándo puedo bañarme?

R Se puede bañar el día posterior a la cirugía, a menos que el médico le indique otra cosa.

P ¿Cuándo puedo tomar un baño o ir a nadar?

R Los pacientes no pueden sentarse en una piscina de agua por 2 semanas a partir del día de la cirugía.

CONTROL POSQUIRÚRGICO

P ¿Cuándo debo visitar al médico para que realice un control posquirúrgico?

R Generalmente a las 2 semanas, a menos que el médico le indique otra cosa.

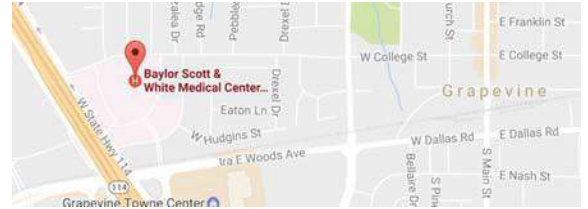
P Me operaron de las mamas y estoy esperando el informe patológico. ¿Cuándo tendré los resultados?

R El cirujano generalmente recibe el informe de patología dentro de las 48 horas de realizada la biopsia y lo llamará el mismo día.

UBICACIÓN DE LOS HOSPITALES

Baylor Scott & White Medical Center Grapevine

1650 West College Street
Grapevine, Texas 76051
Don & Linda Carter Outpatient Testing
(817) 481-1588
BaylorHealth.com/Grapevine



Baylor Scott & White Medical Center at Irving

1901 North MacArthur Boulevard
Irving, Texas 75061
Mostrador de admisión
principal (972) 579-8100
BaylorHealth.com/Irving



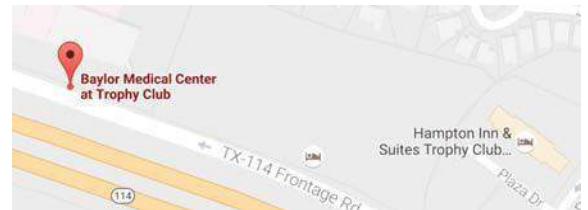
Baylor Surgical Hospital at Las Colinas

400 West I-635
Irving, Texas 75063
Plaza I - Entrada este - Mostrador de admisión
(972) 868-4000
IC-SH.com



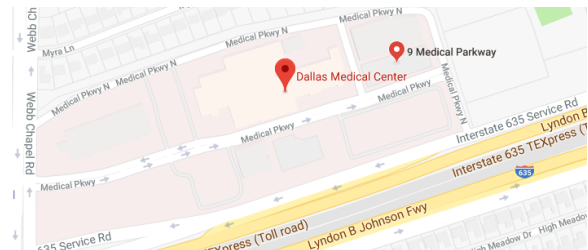
Baylor Medical Center at Trophy Club

2850 East State Highway 114
Trophy Club, Texas 76262
(817) 837-4600
BaylorTrophyClub.com



Dallas Medical Center

9 Medical Parkway
Plaza 4, Suite 210
Dallas, TX 75234
(972) 888 - 7000
DallasMedCenter.com



Medical City Las Colinas

6800 North MacArthur Boulevard
Irving, Texas 75039
La admisión principal se realiza en el mostrador de
recepción (972) 969-2000
MedicalCityLasColinas.com



UBICACIÓN DE LOS HOSPITALES

Medical City Alliance

3101 North Tarrant Parkway
Fort Worth, Texas 76177
(817) 639-1000
MedicalCityAlliance.com



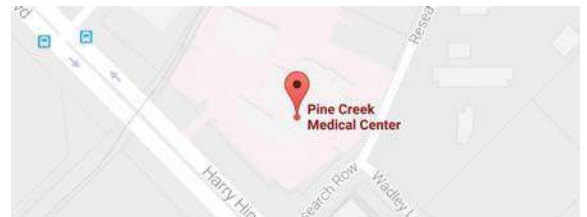
Methodist Southlake Hospital

421 East State Highway 114
Southlake, Texas 76092
(817) 865-4400
ForestParkSouthlake.com



Pine Creek Medical Center

9032 Harry Hines Boulevard, Suite 100
Dallas Texas 75235
(214) 231-2273
PineCreekMedicalCenter.com



Texas Health Harris Methodist HEB

1600 Hospital Parkway
Bedford, Texas 76022
(817) 848-4000
TexasHealth.org/HEB/pages/default.aspx



Texas Health Harris Methodist Southlake

1545 East Southlake Boulevard
Southlake, Texas 76092
(817) 748-8700
TexasHealthSouthlake.com

