Guía de cirugía

Fecha de Cirugía: | | |

EXÁMENES

Sus exámenes prequirurgicos, ya sea análisis de sangre o electrocardiograma, deben de realizarse tres meses antes de su cirugía; en caso contrario, tan pronto como se le indique.

Con gusto se le puede referir a Quest Diagnostics para sus análisis de sangre y MD Urgent Care (ubicado en Sacramento) para su electrocardiograma. Si decide hacer sus pruebas prequirúrgicas por medio de su proveedor de atención primaria, asegúrese de que los resultados se envíen por correo electrónico: *anasofia@idealsacramento.com o por fax: (916) 665-0299*.

FECHA PARA HACER MIS ESTUDIOS: _____

PAGO DE CIRUGÍA

Su cirugía debe de estar pagada en totalidad dos semanas antes de su fecha programada. Nuestra oficina está disponible para pagos de lunes a sábado de 9-5 pm. Para procesar pagos por teléfono favor de comunicarse directamente a nuestra oficina.

MI CIRUGÍA DEBE DE ESTAR PAGADA ANTES DE: _____

CITA PREOPERATORIA

SU CITA PREOPERATORIA ESTÁ AGENDADA PARA EL: _____

MEDICAMENTO

Recibirá una llamada telefónica dos semanas antes de su cirugía para informarte de cualquier medicamento o vitamina que debas dejar de consumir. La prescripción será enviada electrónicamente a la farmacia pucci s ellos nos las entregarán el día de la cirugía.

HORARIO DE INGRESO

Recibirá la hora de llegada y la información de su cita postquirúrgica tres días antes de su cirugía. Recibirá esta información a través de Klara, nuestro portal de mensajes. También puede esperar una llamada preoperatoria donde repasaremos las instrucciones finales para el ingreso de su cirugía.

Por la presente reconozco que he recibido información verbal de mi coordinador quirúrgico en **IDEAL PLASTIC SURGERY** Acepto la fecha de la cirugía tal y como se presenta arriba. Entiendo la importancia de este compromiso y estoy de acuerdo en cumplir con todas las instrucciones preoperatorias y los requisitos asociados con este procedimiento programado.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE FIRMA:** _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____ **FECHA DE FIRMA:** _____