UNC HEALTH Rex

Formulario de orientación para pacientes nuevos

New Patient Orientation Form

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Fecha: _____

1. ¿Consulta usted a alguno de los siguientes médicos?
   i. Neumólogo (especialista en pulmones) Sí_____ No_____
   ii. Nefrólogo (especialista en riñones) Sí_____ No_____
   iii. Oncólogo (especialista en cáncer) Sí_____ No_____
   iv. Hematólogo (especialista en sangre) Sí_____ No_____

   **** Si respondió sí, entonces necesitará obtener una autorización de cada uno de estos especialistas. Se dispone de formularios médicos de autorización extra.**

2. ¿Consulta a un cardiólogo? Sí_____ No_____

3. Médico que receta medicamentos _____

   ¿Para tratar qué afección? _____

ANTICOAGULANTE	CONTINUAR	SUSPENDER	ANTICOAGULANTE	CONTINUAR	SUSPENDER
		DÍAS ANTES DE LA OPERACIÓN			DÍAS ANTES DE LA OPERACIÓN
Aspirin			Fondaparinux (Arixtra)		
Ticagrelor (Brilinta)			Warfarin (Coumadin)		
Prasugrel (Effient)			Apixaban (Eliquis)		
Clopidogrel (Plavix)			Dabigatran (Pradaxa)		
Cilostazol (Pletal)			Edoxaban (Savaysa)		
Ticlopidine (Ticlid)			Rivaroxaban (Xarelto)		
Otro:			Otro:		

*** Tras la operación, es posible reanudar el tratamiento con medicamentos antiplaquetarios y anticoagulantes lo antes posible.**

__ Instrucciones para la terapia puente, si corresponde: _____
Al firmar a continuación, el cardiólogo **u** otro profesional médico que emite recetas acepta que ha comunicado sus recomendaciones al cirujano antes de la operación programada.

4. ¿Cuándo le gustaría programar su cirugía bariátrica?

5. Notas (Cualquier otro especialista o información adicional)