

## Requisitos / Aplicación

Pacientes podrán ser referidos para procedimientos ambulatorios que son médicamente necesarios y de bajo riesgo.

### Para calificar, el paciente debe:

- No tiene seguro médico, la cirugía no es cubierta por su seguro, o no puede pagar su copago.
- Gané menos de 250% del Nivel Federal de Pobreza.
- No requiere cuidado continuo por parte del cirujano para tener una recuperación exitosa.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto : \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

¿Hay alguien que habla inglés en su hogar?    Sí    No

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:    F    M

Cirugía necesitada: \_\_\_\_\_

### Indiqué sus condiciones médicas presentes y pasadas:

Enfermedad cardíaca    Derrame cerebral    Alta presión    Enfermedad pulmonar    Enfermedad del riñón

Diabetes    Cáncer    Antecedentes familiares de cáncer    Abuso de sustancias actuales    Historia de abuso de sustancias

Otro: \_\_\_\_\_ Hospitalizaciones anteriores: \_\_\_\_\_

¿Historial de diagnóstico o enfermedad de salud mental?    Sí    No

En caso afirmativo, indique su diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Historia de intentos de suicidio?    Sí    No

En caso afirmativo, indique el número de intentos y las fechas: \_\_\_\_\_

¿Historia de conducta autolesiva?    Sí    No    En caso afirmativo, indique la última fecha: \_\_\_\_\_

¿Historia de hospitalización psiquiátrica?    Sí    No    En caso afirmativo, indique la última fecha: \_\_\_\_\_

¿Te haz sometido a anestesia?    Sí    No    No Recuerdo

Y si respondió que sí, hubo complicaciones?    Sí    No    No Recuerdo

Por favor describa sus complicaciones: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_