

**JOHANNES V. BLOM, MD**  
 CIRUJANO ORTOPÉDICO CERTIFICADO POR LA JUNTA  
 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA Y ORTOPEDIA GENERAL

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE**

Sí      No

Remisión  
 Rayos-X  
 IRM  
 Registros  
 Fecha

Cuadro #  
 Fecha de cita:

Celular #: (    ) \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Hogar #: (    ) \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. #: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil:    S      C      D      V      Idioma principal: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M   F      # de Seguro social: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo #: (    ) \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Médico primario: \_\_\_\_\_ Consultorio #: (    ) \_\_\_\_\_  
 Problema ortopédico: \_\_\_\_\_ Médico que remite: \_\_\_\_\_  
 Tipo de lesión:    Auto \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Fecha del accidente: \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo sucedió el accidente? \_\_\_\_\_  
 Nombre del cónyuge/padre: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ [illegible]:  
 Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: (    ) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

<u>Seguro primario</u>	<u>Seguro secundario</u>
Nombre del seguro: _____	Nombre del seguro: _____
Nombre del asegurado: _____	Nombre del asegurado: _____
Sexo del asegurado:    Hombre    Mujer	Sexo del asegurado:    Hombre    Mujer
Fecha de nacimiento del asegurado: _____	Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Relación con el asegurado: _____	Relación con el asegurado: _____
Número de identificación del suscriptor: _____	Número de identificación del suscriptor: _____
Número de grupo: _____	Número de grupo: _____

**SEGURO DE AUTOMÓVIL**

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono #: (    ) \_\_\_\_\_  
 Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
 Póliza #: \_\_\_\_\_ Reclamación #: \_\_\_\_\_  
 Tel. #: \_\_\_\_\_ Ajustador: \_\_\_\_\_



7. ¿Puede tomar aspirina?  SÍ  NO

8. Indique la farmacia en la cual la compra.

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Farmacia #: ( ) \_\_\_\_\_

9. Indique todas las cirugías que ha tenido, fechas aproximadas y nombre del cirujano.

CIRUGÍA	FECHA	CIRUJANO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

10. Escriba cualquier enfermedad grave u hospitalizaciones que haya tenido en el pasado. \_\_\_\_\_

11. Por favor, marque el espacio correspondiente si ha tenido o tiene actualmente cualquiera de los siguientes problemas de salud.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> DIABETES                      | <input type="checkbox"/> ÚLCERAS ESTOMACALES            | <input type="checkbox"/> EXPOSICIÓN A VIH      |
| <input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ALTA         | <input type="checkbox"/> HERNIA HIATAL                  | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA             |
| <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD CARDIACA           | <input type="checkbox"/> INTESTINO IRRITABLE            | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA              |
| <input type="checkbox"/> ATAQUE AL CORAZÓN             | <input type="checkbox"/> CÁNCER                         | <input type="checkbox"/> PROBLEMA DE LA PIEL   |
| <input type="checkbox"/> ASMA / BRONQUITIS             | <input type="checkbox"/> ECZEMA / PSORIASIS             | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN             |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMAS VASCULARES          | <input type="checkbox"/> ÚLCERAS                        | <input type="checkbox"/> PÁNICO / ANSIEDAD     |
| <input type="checkbox"/> GOTA                          | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL               | <input type="checkbox"/> TRASTORNO ALIMENTARIO |
| <input type="checkbox"/> RESPIRACIÓN / ALIENTO         | <input type="checkbox"/> PROSTATITIS                    | <input type="checkbox"/> MIGRAÑA               |
| <input type="checkbox"/> TRASTORNO URINARIO            | <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES HEPÁTICA          | <input type="checkbox"/> MAREO                 |
| <input type="checkbox"/> TRASTORNO PSICOLÓGICO         | <input type="checkbox"/> HEPATITIS                      | <input type="checkbox"/> HUESOS ROTOS          |
| <input type="checkbox"/> DEGLUCIÓN                     | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS                   | <input type="checkbox"/> ARTRITIS REUMATOIDE   |
| <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS                  | <input type="checkbox"/> TRASTORNO DEL SISTEMA NERVIOSO | <input type="checkbox"/> GASTRITIS             |
| <input type="checkbox"/> HISTORIAL DE FRACTURAS: _____ |   |  |

Por favor, especifique qué parte del cuerpo y debido a trauma, caída, etc.

12. ¿TIENE MARCAPASOS?  SÍ \_\_\_\_\_  NO \_\_\_\_\_

13. COMENTARIOS ADICIONALES: Añada cualquier comentario que considere que nos ayudaría en el tratamiento de su dolor.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Muchas gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario.

HOLLYWOOD 3702 Washington Street, Suite 202 Hollywood, FL 33021 Oficina #: 954-964-6114	PEMBROKE PINES 601 N. Flamingo Road, Suite 101 Pembroke Pines, FL 33028 Fax #: 954-962-1994
--	--

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO, LIBERACIÓN Y DEMANDA  
Aseguradora y paciente, por favor leer con cuidado lo siguiente en su totalidad

**Asignación de beneficios:** Yo, el abajo firmante paciente/asegurado a sabiendas, voluntaria e intencionalmente asigno los derechos y beneficios de mis pagos médicos, seguro de automóvil (si aplica), también conocido como protección contra lesiones personales (en adelante, PIP), póliza de seguro al anteriormente mencionado proveedor de servicios médicos. Entiendo que es la intención del proveedor aceptar esta asignación de beneficios en lugar de exigir pago al momento de la prestación de servicios y que este documento permitirá al proveedor presentar una demanda contra una compañía de seguros para el pago de los beneficios del seguro. Entiendo que el proveedor puede presentar una demanda en contra de mi compañía de seguros por pagos, y si las facturas del proveedor son pagadas o se aplican a un deducible, estoy de acuerdo en que esto sirva como un beneficio para mí y autorizo y solicito dicho litigio. Esta asignación de beneficios incluye intereses vencidos y cualquier reclamación potencial del derecho común o mala fe establecida. Si la aseguradora niega la validez de esta asignación de beneficios, entonces se instruye a la aseguradora notificar al proveedor, por escrito, cinco (5) días después de la recepción de este documento. El hecho de no informar al proveedor dará lugar a una renuncia por parte de la aseguradora para impugnar la validez de este documento. El abajo firmante ordena a la aseguradora pagar directamente al proveedor de servicios médicos sin incluir el nombre del paciente en el cheque.

El proveedor pide a la aseguradora y al abajo firmante que no emitan ningún cheque o giro en arreglo parcial de una demanda que contenga o esté acompañada de términos que liberen a la aseguradora o su asegurado/paciente de responsabilidad, a menos que haya habido un acuerdo previo por escrito acordado por el proveedor de servicios médicos y la aseguradora en cuanto a la cantidad a pagar por la póliza de seguros. Por la presente, el proveedor impugna y se opone a cualquier reducción o pagos parciales. Cualquier pago parcial o reducido, independientemente del texto que lo acompañe, emitido por la aseguradora y depositado por el proveedor se hará bajo protesta, a riesgo de la aseguradora, y el depósito no se considerará una renuncia, acuerdo, satisfacción, descargo, arreglo o convenio por el proveedor a aceptar una cantidad reducida como pago total. Por la presente, se comunica a la aseguradora que ese proveedor se reserva el derecho de solicitar el importe total de las facturas presentadas.

Si la aseguradora programa un interrogatorio de defensa o interrogatorio bajo juramento (en adelante, "EUO"), se le ORDENA a la aseguradora, por este medio, enviar una copia de dicha notificación a este proveedor. El proveedor o el abogado del proveedor están autorizados expresamente a comparecer a cualquier EUO o IME fijado por la aseguradora. El proveedor de servicios médicos no es el agente de la aseguradora ni el paciente para ningún propósito.

Esta asignación se aplica a los gastos médicos pasados y futuros, y es válido incluso sin fecha. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original. Estoy de acuerdo en pagar cualquier copago o deducible aplicables por los servicios prestados después de que la póliza de seguros se agote y por cualquier otro servicio no relacionado con el accidente de automóvil. Se le concede representación legal al proveedor de servicios médicos para: endosar mi nombre en cualquier cheque por servicios prestados por el proveedor anterior, y para solicitar y obtener una copia de las declaraciones o interrogatorios bajo juramento dados por el paciente.

**Entrega de información:** Por la presente, autorizo a este proveedor para: proporcionar a una aseguradora, intermediario de aseguradora, otros proveedores de servicios médicos del paciente y al abogado del paciente, a través de correo, fax o correo electrónico, toda la información que pueda estar contenida en los registros médicos; obtener información por escrito sobre la cobertura de seguro (hoja de declaración) y telefónicamente de la aseguradora; solicitar de cualquier aseguradora toda explicación de beneficios (EOB) para todos los proveedores y hojas de pago no redactadas PIP; obtener cualquier declaración del paciente proporcionada a la aseguradora; obtener copias de todos los registros médicos, incluyendo pero sin limitarse a, documentos, tomografías, informes, notas, facturas, opiniones, rayos X, IME y resonancia magnética, de cualquier otro proveedor de servicios médicos o cualquier aseguradora. El proveedor está autorizado a presentar mis registros médicos a su abogado en relación con cualquier juicio pendiente. Se ordena a la aseguradora mantener de forma privada y confidencial los registros médicos del paciente de este proveedor, y la aseguradora no está autorizada para proporcionar estos registros médicos a ninguna persona sin el permiso previo expreso por escrito del paciente y del proveedor.

**Demanda:** Por la presente, se entabla la demanda a la aseguradora para que pague todas las facturas dentro de los 30 días siguientes, sin reducciones, y enviar por correo la última hoja de pago PIP no redactada y la hoja de declaración de cobertura de seguro al proveedor anterior dentro de los siguientes 15 días. Se ordena a la aseguradora pagar las facturas en el orden en que se reciben. Sin embargo, si una factura de este proveedor y una reclamación de cualquier otra persona son recibidas por la aseguradora el mismo día, la aseguradora está obligada a no aplicar a este proveedor una factura por el deducible. Sin embargo, si una factura de este proveedor y una reclamación de cualquier otra persona son recibidas por la aseguradora el mismo día, la aseguradora está obligada a pagar primero a este proveedor, antes de que la póliza se agote. En caso de que las facturas por servicios médicos del proveedor sean discutidas o reducidas por la aseguradora por cualquier motivo o cantidad, la aseguradora: apartará toda la cantidad en discusión o reducida, pondrá en custodia el monto total en cuestión y no pagará la cantidad en discusión a ninguna persona o entidad, incluido yo mismo, hasta que la disputa se resuelva por un Tribunal. No agotar la póliza. La aseguradora se compromete a comunicar, por escrito, al proveedor de cualquier disputa.

**Certificación:** Certifico que: he leído y estoy de acuerdo con lo anterior; no se me ha solicitado ni prometido nada a cambio de recibir atención médica; no he recibido ninguna promesa ni garantía de ninguna persona en cuanto a los resultados que se pueden obtener por cualquier tratamiento o servicio; estoy de acuerdo en que los precios del proveedor por los servicios médicos, tratamiento y suministros son razonables y habituales.

Precaución: Por favor, lea antes de firmar. Si no entiende completamente este documento, pida que se lo expliquemos. Si firma a continuación, supondremos que usted entiende y está de acuerdo con lo anterior.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (si el paciente es menor de edad, firma del padre o tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

JOHANNES V. BLOM, MD

---

COPIAS DE RAYOS X

Todas las radiografías tomadas por esta oficina son propiedad de JOHANNES V. BLOM, MD. Bajo ninguna circunstancia se pueden sacar originales de esta oficina. Todos los originales se mantendrán en esta oficina en todo momento.

Si se solicitan copias, se requiere por lo menos de un aviso de 24 horas y habrá un cargo de \$10.00 por película por materiales, pagados por adelantado. Su consideración es apreciada.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (si el paciente es menor de edad, firma del padre o tutor)

---

**POLÍTICA DE CARGO POR CANCELACIÓN DE CITA**

Valoramos su tiempo y paciencia cuando viene a nuestro consultorio. A cambio le pedimos que entienda que nos esforzamos para atenderlo lo más eficientemente posible y necesitamos su ayuda para hacerlo. Le pedimos que por favor nos proporcione un aviso de 24 horas si necesita cancelar o reprogramar su cita. Esto nos ayuda a servir a otros pacientes que también requieren de nuestros servicios. En caso de que usted no se presente a la cita y no llame para cancelarla reprogramarla, habrá un cobro de \$25 que se le cargarán en su próxima visita.

Agradecemos su comprensión de este asunto y esperamos poder servirlo.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y comprendido la política anterior. Entiendo que se me cobrará si no proporciono un aviso de cancelación de cita con 24 horas de anticipación.

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente / padre / tutor / guardián)

\_\_\_\_\_  
Fecha

601 N. Flamingo Road, Suite 101, Pembroke Pines, FL 33028  
3702 Washington Street, Suite 202, Hollywood, FL 33021

Tel.: (954) 964-6114

Fax: (954) 962-1994

SERVICIOS NO INCLUIDOS

Por favor, tenga en cuenta que en determinadas circunstancias su plan de seguro no puede cubrir todos los servicios, que pueden incluir, pero no se limitan a: enyesado o re-enyesado, suministros médicos y/o equipo médico durable que el médico considere necesarios por razones médicas para la atención adecuada del paciente. En esta circunstancia, el paciente será responsable de dichos servicios. Todavía haremos un esfuerzo para cobrar primero al seguro. Tras la respuesta de la compañía de seguros vamos a cobrarle como corresponda, si es necesario.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y comprendido el descargo de responsabilidad anterior y estoy de acuerdo en cualquier cargo en que yo pueda incurrir si mi plan de seguro niega la cobertura.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

CASOS PIP/LOP

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente autorizo y doy instrucciones al Dr. Johannes V. Blom, MD. para facturar mis beneficios de seguro PIP disponibles y no facturar a mi seguro de salud por los gastos generados por el tratamiento como consecuencia de mi accidente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

601 N. Flamingo Road, Suite 101, Pembroke Pines, FL 33028  
3702 Washington Street, Suite 202, Hollywood, FL 33021

Tel.: (954) 964-6114

Fax: (954) 962-1994

JOHANNES V. BLOM, MD

---

AVISO

BAJO LA LEY DE FLORIDA, GENERALMENTE SE EXIGE A LOS MÉDICOS TENER SEGURO POR NEGLIGENCIA MÉDICA O, CASO CONTRARIO, DEMOSTRAR RESPONSABILIDAD FINANCIERA PARA CUBRIR LAS POSIBLES RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA. SU MÉDICO HA DECIDIDO NO TENER UN SEGURO POR NEGLIGENCIA MÉDICA.

ESTO SE PERMITE BAJO LA LEY DE FLORIDA CON SUJECIÓN A CIERTAS CONDICIONES. LA LEY DE FLORIDA IMPONE SANCIONES CONTRA MÉDICOS NO ASEGURADOS QUE NO CUMPLEN CON SENTENCIAS ADVERSAS DERIVADAS DE RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA. ESTE AVISO SE OFRECE EN VIRTUD DE LA LEY DE FLORIDA.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que como parte de mi cuidado de salud, esta oficina origina y mantiene documentos y/o registros electrónicos que describen mis antecedentes de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para tratamiento futuro. Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para planear mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los muchos profesionales de salud que contribuyen con mi cuidado
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que los servicios facturados fueron en realidad proporcionados
- Una herramienta para el direccionamiento de las operaciones de cuidados de la salud, tales como evaluación de la calidad y revisión de la eficiencia de los profesionales de la salud.

Entiendo y se me ha proporcionado un aviso de prácticas de información que proporciona una descripción más completa de información utilizada y divulgación. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento
- El derecho a oponerme al uso de mi información de salud para fines de directorio
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo utilizar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica

Entiendo que esta oficina no está obligada a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar por escrito este consentimiento, salvo en la medida en que la organización ya haya tomado acciones de seguridad sobre el mismo. También entiendo que, al negarme a firmar o revocar este consentimiento, esta organización puede negarse a tratarme según lo permitido por la sección 164.506 del código de regulaciones federales.

Además, entiendo que esta oficina se reserva el derecho a cambiar su aviso y prácticas y la aplicación anterior, de conformidad con la sección 164.520 del código de regulaciones federales. En caso de que esta oficina cambie su aviso, se le enviará una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que ha proporcionado.

Entiendo que como parte del tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud de esta organización, puede ser necesario divulgar mi información a otra entidad y doy mi consentimiento a dicha divulgación para estos usos permitidos, incluyendo divulgación a través de fax.

Autorizo a esta oficina para hablar de mi tratamiento, pago y operaciones de atención médica con las siguientes personas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo completamente y acepto/declino los términos de este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

601 N. Flamingo Road, Suite 101, Pembroke Pines, FL 33028

3702 Washington Street, Suite 202, Hollywood, FL 33021

Tel.: (954) 964-6114

Fax: (954) 962-1994



JOHANNES V. BLOM, MD

3702 Washington Street, Suite 202  
Hollywood, FL 33021  
Oficina #: 954-964-6114

601 N. Flamingo Road, Suite 101  
Pembroke Pines, FL 33028  
Fax #: 954-962-1994

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ACUSE DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted da por recibido el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE JOHANNES V. BLOM, MD, PA. Nuestro AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida. Lo animamos a leerlo en su totalidad.

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, por favor póngase en contacto con nuestro Responsable de Cumplimiento en:

3702 Washington Street, Suite 202  
Hollywood, FL 33021  
(954) 964-6114

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia del aviso revisado comunicándose con nosotros a la dirección antes mencionada.

Acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Johannes V. Blom, MD, PA.

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente / padre / tutor / guardián)

\_\_\_\_\_  
Fecha

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL ACUSE DE RECIBO

Para completar sólo si no se obtiene la firma. Si no es posible obtener el acuse de recibo de la persona, describa los esfuerzos de buena fe realizados para obtener el acuse de recibo, y las razones por las cuales no se obtuvo:

Firma del representante del proveedor: \_\_\_\_\_  
Fecha

Un acuse de recibo no fue obtenido porque:

\_\_\_\_\_ El paciente se negó a firmar

\_\_\_\_\_ El paciente fue incapaz de firmar o poner sus iniciales debido a:

\_\_\_\_\_ Hubo una emergencia médica (el miembro del personal tratará de obtener el acuse de recibo en la próxima oportunidad disponible).

Otros motivos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

JOHANNES V. BLOM, MD

Generalmente, los médicos aconsejan dejar de fumar antes y después de las operaciones porque el fumar disminuye el nivel de flujo sanguíneo. Fumar contrae los vasos sanguíneos. Cuando los vasos sanguíneos se estrechan, el suministro de oxígeno a las células se reduce. Incluso disminuye la capacidad de la hemoglobina para transportar el oxígeno. Todos estos retrasan el proceso de cicatrización de la herida.

Ya que fumar reduce flujo sanguíneo, esto da como resultado la pérdida de piel durante el proceso de curación. Debido a que fumar retrasa la cicatrización de la herida, esto causa la muerte de la piel, dejando cicatrices malas y feas. Fumar también aumenta el riesgo de toser después de la cirugía. Esto puede llevar a un sangrado no deseado.

Es importante entender que fumar afecta la curación de los huesos. Los huesos se nutren de la sangre, al igual que otros órganos y tejidos en su cuerpo. Los nutrientes, minerales y oxígeno se suministran a los huesos a través del flujo sanguíneo. Fumar eleva los niveles de nicotina en la sangre y esto hace que los vasos sanguíneos se contraigan. Debido a la constricción de los vasos, hay disminución de los niveles de nutrientes que se suministran a los huesos. Esto a su vez inhibe la cicatrización ósea después de la cirugía por fracturas.

La anestesia general y la cirugía pueden causar estrés. Durante la cirugía hay una posibilidad de que el paciente pueda experimentar dolor. Pueden existir cambios en su presión arterial. El paciente también puede sufrir de pérdida de sangre y otros eventos desafortunados durante la cirugía. Se debe evitar fumar antes de la cirugía, debido a que fumar, aparte de causar estrés, puede agravar también los problemas anteriores.

He leído y entiendo los efectos y riesgos de fumar antes y después de la cirugía.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

601 N. Flamingo Road, Suite 101, Pembroke Pines, FL 33028  
3702 Washington Street, Suite 202, Hollywood, FL 33021