



Programación Cardíaca de Pacientes Ambulatorios TELÉFONO: (561) 548-3440 FAX: (561) 548-9277

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD _____ Últimos Cuatro Dígitos del SS _____

TELÉFONO (____) _____ - _____ TELÉFONO SECUNDARIO (____) _____ - _____

TRANSFERENCIA DESDE _____

MÉDICO DE ADMISION DEL JFK _____ TELÉFONO (____) _____ - _____

(SI NO ES EL MÉDICO REMITENTE)

MÉDICO REMITENTE _____ TELÉFONO (____) _____ - _____

MÉDICO RESPONSABLE _____ TELÉFONO (____) _____ - _____

NOMBRE DEL SEGURO _____ TELÉFONO (____) _____ - _____

AUTORIZACIÓN # _____ PÓLIZA # _____

SEGURO SECUNDARIO _____ PÓLIZA # _____

DIAGNÓSTICO _____ Códigos CPT _____

FECHA DEL PROCEDIMIENTO ____/____/____ FECHA DE ADMISIÓN ____/____/____

<p>PROCEDIMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> CARDIOVERSIÓN <input type="checkbox"/> BUCLE IMPLANTABLE</p> <p><input type="checkbox"/> TEE - ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA</p> <p>¿QUIERE USAR ANESTESIA?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>HORA: _____</p>	<p>PROGRAMACIÓN</p> <p>UNA VEZ SE HAGA LA PROGRAMACIÓN O TRANSFERENCIA DEL PACIENTE</p> <p>POR FAVOR INCLUYA LO SIGUIENTE</p> <p>Por favor marque todos los que están incluidos</p>
<p>CORONARIO</p> <p><input type="checkbox"/> CATETER <input type="checkbox"/> PTCA/PCI*</p> <p><input type="checkbox"/> LAAO** <input type="checkbox"/> IMPLANTE DE DISPOSITIVO PAP</p>	<p><input type="checkbox"/> HISTORIA & EXAMEN FÍSICO O DICTADO #</p> <p><input type="checkbox"/> INFORME DE PRUEBA DE RESISTENCIA</p>
<p>PERIFÉRICO</p> <p><input type="checkbox"/> AORTA <input type="checkbox"/> RENAL</p> <p><input type="checkbox"/> EXT. INFERIOR <input type="checkbox"/> EXTREMIDAD SUPERIOR</p> <p><input type="checkbox"/> VISCERAL <input type="checkbox"/> FILTRO VENA CAVA INFERIOR <input type="checkbox"/> CAROTÍDEO</p>	<p><input type="checkbox"/> ULTRASONIDO/ABDOMINAL</p> <p><input type="checkbox"/> CTA - ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAF. COMPUTARIZADA</p> <p><input type="checkbox"/> MRA - ANGIOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA</p>
<p><input type="checkbox"/> EPS - ELECTROFISIOLOGÍA <input type="checkbox"/> ABLACIÓN _____</p>	<p><input type="checkbox"/> INFORMES DE ECG/ECO</p>
<p><input type="checkbox"/> TILT</p>	<p><input type="checkbox"/> NOTAS MÁS RECIENTES DE LA OFICINA</p>

*Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea/Intervención Coronaria Percutánea

**Procedimiento de Oclusión de la Orejuela Auricular Izquierda

COPIAS ENVIADAS POR FAX A _____ FECHA RESERVADA _____ VERIFICADA POR _____

PACIENTE AMBULATORIO _____ FECHA _____ HORA _____

Not Part of the Legal Health Record