

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

Método de Pago

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Estaré pagando la consulta con:

Efectivo: \_\_\_\_\_

Crédito/Tarjeta de Débito: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_

Cheque: \_\_\_\_\_

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

Fecha: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha Nac.: \_\_\_\_\_ Nro. Del Seguro Social \_\_\_\_\_ Licencia de conducir#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión/enfermedad: \_\_\_\_\_ ¿relacionada con el trabajo? Sí No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino Femenino Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado

Empleador: \_\_\_\_\_ Título del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Supervisor/Encargado de la seguridad: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_

Seguro Principal: \_\_\_\_\_

Nro.de grupo: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_

Dirección fiscal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_

Nro.de grupo: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_

Dirección fiscal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

## **AVISO HIPAA DE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS**

ESTA INFORMACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE!

Este Aviso de Privacidad describe como nosotros podemos usar y revelar su Información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) para llevar a cabo tratamiento, pagos, u operaciones del cuidado de la salud (TPO por sus siglas en inglés) y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por ley. También describe sus derechos al acceso y control de su información médica protegida. La “Información médica protegida” es información referente a usted, incluyendo la información demográfica, que pueda identificarle y que se relacione con el pasado, presente o futuro de su salud o condición física o mental y se encuentre relacionada con servicios del cuidado de la salud.

### **Usos y revelaciones de la Información Médica Protegida**

Su Información Médica Protegida puede ser utilizada y revelada por su médico, nuestro personal de oficina y personas fuera de su oficina que están involucradas en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveerle servicios del cuidado de la salud, pagar sus facturas médicas, para apoyar las operaciones de la práctica del médico, y otros usos requeridos por la ley.

**Tratamiento:** Usaremos y revelaremos su información médica protegida para proveer, coordinar, o manejar sus cuidados de la salud y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o manejo de sus cuidados de salud con un tercero. Por ejemplo, nosotros revelaremos su información médica protegida, de ser necesario, a una agencia del cuidado de la salud en el hogar que cuide de usted. Su información médica protegida puede ser provista a un médico a quien usted ha sido referido para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarle o tratarle.

**Pago:** Enviamos una solicitud por el pago a su compañía de seguro médicos. Su seguro médico nos solicita información referente a los cuidados recibidos. Nosotros le reportamos sobre usted y los cuidados recibidos. Su información médica protegida será utilizada, como es requerido, para obtener el pago por sus servicios de cuidado de la salud.

**Operaciones del cuidado de la salud:** Obtenemos servicios de nuestros seguros u otros negocios asociados como asesoría de calidad, mejoramiento de calidad, evaluación de resultados, desarrollo de directrices clínicas y protocolo, programas de entrenamiento, credenciales, revisiones médicas, servicios legales y seguro. Compartiremos información acerca de usted con dichos seguros u otros negocios asociados como sea necesario para obtener estos servicios.

Otros usos y revelaciones permitidos y requeridos serán hechos únicamente con su consentimiento, autorización u oportunidad para objetar, al menos de que sea requerido por la ley. Usted podrá revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito exceptuando el extendido en el que su medico o practica haya tomado acción basado en el uso o revelación indicados en la autorización.

**Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida.** Sin embargo, bajo ley federal, usted no podrá inspeccionar o copiar los siguientes archivos: notas de psicoterapia, información compilada con anticipación razonable de o uso en una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, y la información médica protegida que esta sujeta a la ley que prohíbe el acceso a proteger la información de salud.

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

**Usted tiene el derecho de solicitar la restricción de su información médica protegida.** Esto significa que puede solicitarnos no utilizar o revelar ninguna parte de su información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no sea revelada a miembros de su familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como descritos en este aviso de prácticas privadas. Su solicitud debe declarar las restricciones específicas solicitadas y a quien usted desea que las restricciones apliquen. No se requiere que su médico apruebe las restricciones que usted pueda solicitar. Si su médico cree que es en su mejor interés permitir el uso y revelación de su información médica protegida, la misma no será restringida. Usted tiene el derecho de usar otro profesional del cuidado de la salud.

Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de nosotros a través de medios alternativos o en locaciones alternativas. Usted tiene el derecho a recibir una copia física de este aviso por solicitud, incluso si usted acordó con aceptar este aviso por medios alternativos por ejemplo electrónicamente.

Usted podrá tener el derecho de que su médico enmiende su información médica protegida. Si nosotros negamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar un testimonio de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una refutación a su testimonio y proveerle una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertas revelaciones que hemos realizado, si alguna es su información médica protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo de cualquier cambio. Entonces usted tiene el derecho de objetar o retirarse como provisto en este aviso.

**Reclamos:** Usted puede reclamarnos o al Secretario de Servicios Humanos y de Salud si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Usted podrá presentar un reclamo con nosotros notificando nuestro contrato de privacidad de su reclamo. **No tomaremos represalias en su contra por presentar un reclamo.**

Este aviso fue publicado y se vuelve efectivo el o antes del 14 de abril de 2003.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad, y proveer a los individuos con este aviso de nuestras obligaciones legales y practicas privadas con respecto a su información médica protegida. Si tiene alguna objeción a este formulario, por favor solicite hablar con nuestro oficial de cumplimiento del HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número telefónico principal.

La firma en la parte inferior es un reconocimiento de que ha recibido este aviso de nuestras prácticas privadas.

Nombre completo en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a los siguientes individuos a conocer mi información médica confidencial.

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

Nombre completo en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

### **INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL SEGURO**

Procesar el seguro puede ser confuso algunas veces. Le proveemos esta información en un esfuerzo por asistirle en el entendimiento de nuestro proceso de verificación.

Cuando la necesidad de una operación es determinada por un médico, la ficha del paciente y la información del procedimiento ira al departamento de seguros. Entonces el departamento de seguros verificará sus beneficios. Nosotros confirmamos que el código del procedimiento que el médico estará utilizando este cubierto por su plan. Si no esta cubierto le notificaremos inmediatamente.

De ser necesaria una pre-certificación o pre-determinación, usualmente podemos dar la información requerida a través del teléfono, sin embargo, en algunas ocasiones tendremos que enviarlas por correo o fax.

Cuando su proveedor de seguros responde a las preguntas de arriba nuestro especialista en seguros calculará el monto aproximado para usted, basado en sus pagos parciales y deducibles. Nota: este es un monto aproximado, el monto real puede variar.

La completación de este proceso de verificación puede tomar de dos a cuatro semanas o incluso un poco más en algunos casos. Le notificaremos el monto estimado de los gastos de su bolsillo para la cirugía o procedimiento, antes de programarla.

El pago de su monto estimado se adeudará antes de su cirugía, para ser pagado en su visita preoperatoria. Aceptamos cheques personales, VISA, Master Card, CareCredit, así como también efectivo.

Es importante que tenga en cuenta que su proveedor de seguros no promete el pago de ningún procedimiento. El pago por estos beneficios se encuentra sujeto a la elegibilidad en el momento del servicio y a todas las limitaciones contractuales de su póliza. En caso de que su proveedor de seguros decida no cubrir esta cirugía o procedimiento, usted será responsable por los cargos incurridos al recibir la negación del seguro.

Si tiene alguna duda por favor contacte a su compañía de seguros. He leído y entendido lo anterior y estoy de acuerdo en cumplir con mis obligaciones financieras.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

**AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN:**

Por la presente autorizo al Dr. Sylvan Bartlett a revelar la información completa adquirida en el curso de mi examinación por tratamiento. Me doy cuenta de que mi compañía de seguros u otros médicos tratantes puedan necesitar esta información.

Firma: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA PAGAR AL MÉDICO SUS BENEFICIOS:**

Por la presente autorizo que el pago se realice directamente al Dr. Sylvan Bartlett por los beneficios médicos y/o quirúrgicos, que de lo contrario fuesen pagables a mí por sus servicios descritos.

Firma: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO:**

Por la presente prometo pagar al Dr. Sylvan Bartlett por cualquier servicio profesional prestado que no sean cubiertos por mi seguro, de cualquier saldo adeudado después de que el pago del seguro se haya realizado.

Firma: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO:**

Por la presente solicito y autorizo el formato de tratamiento del Dr. Sylvan Bartlett y/o asociados o asistentes de su elección, y por la presente soy responsable por el pago de esta cuenta sin importar el seguro.

Firma: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA FOTOS/VIDEOS:**

Yo autorizo \_\_\_\_\_ Yo no autorizo \_\_\_\_\_ el uso de cualquier fotografías y/o video de mí tomados por Sylvan Bartlett, M.D., o sus agentes autorizados, para los propósitos de promoción o publicación. Aunque las fotografías y material acompañante no deben contener mi nombre ni ninguna otra información identificante, estoy consciente de que pueda o no estar identificado por las propias fotografías. Estoy de acuerdo con que dicho material y cualquier y toda reproducción del mismo debe permanecer como propiedad del médico cirujano Sylvan Bartlett.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

**POLÍTICAS DE LA OFICINA**

1. Un depósito quirúrgico de \$500.00 se vence en el momento de que la cirugía es programada. Este depósito quirúrgico es retornable únicamente al criterio del médico.
2. Todos los honorarios quirúrgicos por procedimientos cosméticos se vencen y son pagables en efectivo o a través de cheques certificados a mínimo 10 días antes de la cirugía o en la consulta pre operatoria.
3. Ningún consumo de alcohol por dos semanas antes ni dos semanas después a la cirugía.
4. Si usted es mayor de 40 años, un electrocardiograma y una radiografía de tórax es requerida. Si se encuentra bajo tratamiento por alguna condición medica (como diabetes, hipertensión, etc.), usted deberá ser aclarado por su médico tratante. Si su médico considera que usted no necesita una radiografía de tórax ni un electrocardiograma, entonces usted no los necesita.
5. A las mujeres mayores de 40 años de edad que son programadas para cirugía de mamas se les solicita que se realicen una mamografía si no tienen una.
6. No tome nada que pueda disminuir su habilidad de coagular de la sangre. Esto incluye aceite de pescado, vitamina E, hierbas, fármacos antiinflamatorios no esteroideos, aspirina, y cualquier medicamento que contenga aspirina. Usted no deberá consumirlos por 14 días antes ni después de la cirugía!

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344  
REVISIÓN POR SISTEMAS

¿Es alérgico a algo? (medicamentos, alimentos, látex): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Encierre en un círculo si aplica:

**GENERAL:** fatiga anormal, pérdida de peso, aumento de peso, problemas para dormir

**OIDOS:** pérdida de la audición, ruidos en el oído, dolor de oído, prurito en los oídos, Tinnitus, vértigo, estallido, taponamiento, presión, infecciones frecuentes # \_\_\_\_\_ veces al año, secreciones, su propia voz suena como si usted estuviera en un barril, dificultad para entender a otras personas cuando hablan en ambientes ruidosos, lesiones del oído externo, deformidades del oído externo.

**NARIZ:** Obstrucción nasal, historia de trauma, deformidad de la nariz, sinusitis, secreción por la nariz, hemorragia nasal, prurito nasal, lesión de la piel de la nariz.

**BOCA Y GARGANTA:** frecuente dolor de garganta, prurito en el paladar y/o garganta, dificultad para tragar, sensación de hinchazón, laringitis, necesidad de aclarar moco en la mañana, úlceras en la boca, inflamación de labios, inflamación de lengua, sensación de ardor o irritación.

**SISTEMA RESPIRATORIO:** enfisema, neumonía, bronquitis, asma, tos, falta de aliento, EPOC, bronquitis/fumador, tuberculosis

**MAMAS:** dolor, secreción, masas, cambios fibroquísticos, biopsias, cirugías \_\_\_\_\_  
Historia familiar de cáncer de mama (P.E: madre, abuela) \_\_\_\_\_



SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

**CORAZÓN:** problemas cardiacos, angina, historia de infartos, presión arterial alta o baja, latidos del corazón irregulares, dolor torácico, hinchazón o edema de manos o pies, soplos cardiacos, enfermedades valvulares del corazón, angiograma, prueba de esfuerzo, a usted lo ha evaluado un cardiólogo?

Usted está tomando algún medicamento para el corazón? \_\_\_\_\_

**ESTOMAGO E INTESTINOS:** pérdida o aumento de peso inexplicable, reflujo (ERGE), nauseas y vómitos, diarrea o constipación, problemas hepáticos, hernias, eructos, hinchazón, acidez relacionado con los alimentos, cólicos intestinales, mal aliento, gases excesivos, poco apetito, síndrome de intestino irritable.

**SISTEMA URINARIO:** infecciones urinarias/ infecciones micóticas frecuentes, enfermedad renal, problemas para orinar, enfermedad prostática,

Está embarazada? Usted piensa que está embarazada? SI NO

Fecha de último ciclo menstrual: \_\_\_\_\_

**PIEL:** reacción alérgica a cosméticos, ampollas, pie de atleta, rash, eccema, hinchazón, prurito, cáncer de piel, problemas pigmentarios,

**SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO:** problemas de espalda o cuello, artritis, debilidad, adormecimiento, parálisis muscular, prótesis (P.E: pines, tornillos) dolor articular, dolor muscular, piernas inquietas, fatiga crónica, dolor y/o debilidad en las manos, limitación del movimiento de las articulaciones, puntos de presión sensibles.

**OTROS:** cáncer (tipos) \_\_\_\_\_, sangre (alteraciones hemorrágicas), transfusión de sangre, enfermedad de tiroides, resfriado reciente, influenza, Diabetes,

Enfermedades transmisibles (P.E: VIH, Hepatitis) \_\_\_\_\_

¿Usted tiene un marcapasos? SI NO

¿Usted tiene un implante? En caso afirmativo de que tipo \_\_\_\_\_

¿Usted tiene un stent? SI NO

INDIQUE CUALQUIER INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CON SU FECHA:

---

---

---

---

---

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

INDIQUE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD:

---

---

---

---

¿ALGÚN PROBLEMA CON LA ANESTESIA?: \_\_\_\_\_

---

---

HISTORIA MÉDICA (INDIQUE PROBLEMAS MÉDICOS DIAGNOSTICADOS): \_\_\_\_\_

---

---

**HISTORIA SOCIAL:**

¿Alguien está haciéndole daño en casa? SI NO

¿Usted fuma o mastica tabaco regularmente? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuántos paquetes al día? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Usted consume alcohol regularmente? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuánto? Semanalmente \_\_\_\_ mensualmente \_\_\_\_ socialmente \_\_\_\_

¿Usted tiene historia de abuso de drogas? SI NO

En caso afirmativo, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Usted puede leer y escribir? Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

HISTORIA FAMILIAR: por favor revise esta sección cuidadosamente, encierre en un círculo todas las personas con esta enfermedad

**ENFERMEDAD CARDIACA:** Madre Padre Hermano Hermana Tío Tía Abuela Abuelo

**ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR:** Madre Padre Hermano Hermana Tío Tía Abuela Abuelo

**ENFISEMA:** Madre Padre Hermano Hermana Tío Tía Abuela Abuelo

**ASMA:** Madre Padre Hermano Hermana Tío Tía Abuela Abuelo

**DIABETES:** Madre Padre Hermano Hermana Tío Tía Abuela Abuelo

Control con insulina Control con dieta Medicamentos por vía oral

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL:** Madre Padre Hermano Hermana Tío Tía Abuela Abuelo

**CÁNCER:** Madre Padre Hermano Hermana Tío Tía Abuela Abuelo

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

¿Qué tipo?: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DENTAL:**

¿Usted tiene o ha tenido trastorno de la articulación temporomandibular? SI NO

¿Usted tiene problemas dentales actualmente? SI NO

¿Usted tiene dentadura postiza? SI NO TOTAL PARCIAL

¿A usted le han realizado exámenes de laboratorio o rayos X? por favor, indique cuales, en dónde y la fecha aproximada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿A usted le han realizado una cirugía cosmética en el pasado? SI NO

En caso afirmativo, ¿Cuál procedimiento, qué doctor y en qué fecha aproximadamente?.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted consultas con otros cirujanos cosméticos sobre las áreas que usted quiere realizar con nosotros hoy? SI NO

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

Fecha: \_\_\_\_\_

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

**ATENCIÓN TODOS LOS PACIENTES**

Por favor tenga en cuenta que nosotros necesitamos que usted esté libre de todos los anticoagulantes incluyendo aspirina, advil (ibuprofeno) y todos los demás antiinflamatorios no esteroideos, prescritos y no prescritos. De igual modo, detenga todos los medicamentos herbales así como también el aceite de pescado y la vitamina E. Usted debe dejar todos estos medicamentos por dos semanas antes y después de la cirugía.

**UNA EXCEPCIÓN A ESTO**

Si su médico le ha indicado el uso de aspirina o algún otro medicamento mencionado anteriormente como tratamiento médico, por favor no deje de tomarlos sin aclarar esto con su médico y el Dr. Bartlett.

No haga algo que aumente su gasto cardiaco (P.E: correr, esfuerzo físico) durante dos semanas después de la cirugía. Si usted lo hace, usted podría desarrollar una complicación hemorrágica tardía.

**ALCOHOL**

El consumo de bebidas alcohólicas en las dos semanas antes y después de la cirugía podría ponerlo también en riesgo de complicaciones hemorrágicas.

**FUMAR**

Fumar disminuye la circulación a los tejidos y disminuye la habilidad del tejido de atraer oxígeno de la sangre. Deje de fumar por dos semanas antes y después de la cirugía!

**ARNICA MONTANA**

La hierba Árnica Montana, cuando es consumida oralmente ha mostrado disminuir los hematomas. La piña tiene el mismo compuesto químico y comerla ha mostrado hacer lo mismo.

He leído y entendido la información mostrada arriba.

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

**AGENTES ANTIINFLAMATORIOS PROHIBIDOS DOS SEMANAS PREVIAS Y 2 SEMANAS  
POSTERIORES A LA CIRUGÍA**

**Muy Importante**

La hemorragia es la complicación más frecuente seguida de una cirugía. Hay muchos medicamentos de venta libre al igual que medicamentos prescritos y medicamentos herbales que afecta la actividad de sus plaquetas. Toma dos semanas aproximadamente a las plaquetas obtener una actividad normal después de que usted discontinúe estos medicamentos: esta es la razón por la cual es necesario estar libre de estos medicamentos por DOS SEMANAS ANTES y DESPUÉS de la cirugía.

**UNA EXCEPCIÓN**

Si su médico le ha indicado aspirina o algún otro medicamento para anticoagular su sangre por razones médicas, por favor no deje de tomarlos sin consultarlo con su médico y notificarlo al Dr. Bartlett si usted no puede dejarlos de manera segura.

La siguiente es solo una **LISTA PARCIAL** de aquellos medicamentos, vitaminas y remedios herbales que afectan la habilidad de su cuerpo de coagular sangre.

**Aspirina (Anacin, Ascriptin, Bayer, Bufferin, Ecotrin, Excedrin)**

Trisalicilato de colina y magnesio (CMT, Tricosal, Trilisate)

Salicilato de colina (Arthropan)

Celecoxib (Celebrex)

Diclofenac potásico (Cataflam)

Diclofenac sódico (Voltaren, Voltaren XR)

Diclofenac sódico con misoprostol (Arthrotec)

Diflunisal (Dolobid)

Etodolac (Lodine, Lodine XL)

Fenoprofeno de calcio (Nalfon)

Flurbiprofeno (Ansaid)

**Ibuprofeno (Advil, Motrin, Motrin IB, Nuprin)**

Indometacina (Indocin, Indocin SR)

Ketoprofeno (Actron, Orudis, Orudis KT, Oruvail)

Salicilato de magnesio (Arthritab, Bayer Select, Doan's Pills, Magan, Mobidin, Mobogesic)

Meclofenamato sódico (Meclomen)

Ácido mefenámico (Ponstel)

Meloxicam (Mobic)

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

Nabumetona (Relafen)  
Naproxeno (Naprosyn, Naprelan\*)  
Naproxeno sódico (**Aleve**, Anaprox)  
Oxaprozina (Daypro)  
Piroxicam (Feldene)  
Rofecoxib (Vioxx)  
Salsalato (Amigesic, Anaflex 750, Disalcid, Marthritic, Mono-Gesic, Salflex, Salsitab)  
Salicilato de sodio (varios genéricos)  
Sulindaco (Clinoril)  
Tolmetina de sodio (Tolectin)  
Valdecoxib (Bextra)

Nota: Algunos productos, Tales como el Excedrin, son fármacos combinados (Excedrin es acetaminofén, aspirina y cafeína).

Fíjese que el **acetaminofén** (Paracetamol; Tylenol) no está en esta lista. El acetaminofén pertenece a una clase de drogas llamadas analgésicos (alivian el dolor) y antipiréticos (disminuyen la fiebre). El mecanismo de acción exacto del acetaminofén es desconocido. El acetaminofén alivia el dolor al elevar el umbral del dolor, esto significa, que se requiere que se desarrolle una cantidad mayor de dolor antes que pueda sentirlo una persona. Reduce la fiebre a través de su acción en el centro regulador de calor del cerebro. Específicamente, este le dice al centro que baje la temperatura del cuerpo cuando la temperatura es elevada. El acetaminofén alivia el dolor en la artritis leve pero no tiene efecto en la inflamación subyacente, enrojecimiento e hinchazón de la articulación.

El paracetamol, al contrario de otros analgésicos comunes tales como la aspirina y el ibuprofeno, no tiene propiedades antiinflamatorias, por lo tanto, no es miembro de la clase de fármacos conocidos como antiinflamatorios no esteroideos o AINES.

**Lista adicional de medicamentos que afectan la coagulación sanguínea (algunos de los medicamentos en esta lista pueden estar mencionados en la lista anterior:**

- **Medicamentos antiplaquetarios:** anagrelida (Agrylin®), aspirina (cualquier marca, todas las dosis), cilostazol (Pletal®), clopidogrel (Plavix®), dipiridamol (Persantine®), dipiridamol/aspirina (Aggrenox®), aspirina con cubierta entérica (Ecotrin®), ticlopidina (Ticlid®).
- **Medicamentos anticoagulantes:** Anisindione (Miradon®), Arixtra, enoxaparina (Lovenox®), fragmin (inyectable), heparina (inyectable), pradaxa, pentosano polisulfato (Elmiron®), warfarina (Coumadin®), Xarelto.
- **Fármacos antiinflamatorios no esteroideos:** Celebrex, diclofenac (Voltaren®, Cataflam®), diflunisal (Dolobid®), etodolac (Lodine®), fenoprofeno (Nalfon®), flurbiprofeno (Ansaid®),

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

ibuprofeno (Motrin<sup>®</sup>, Advil<sup>®</sup>, Nuprin<sup>®</sup>, Rufen<sup>®</sup>), indometacina (Indocin<sup>®</sup>), ketoprofeno (Orudis<sup>®</sup>, Actron<sup>®</sup>), ketorolaco (Toradol<sup>®</sup>), meclofenamato (Meclomen<sup>®</sup>), meloxicam (Mobic<sup>®</sup>), nabumetona (Relafen<sup>®</sup>), naproxeno (Naprosyn<sup>®</sup>, Naprelan<sup>®</sup>, Aleve<sup>®</sup>), oxaprozina (Daypro<sup>®</sup>), piroxicam (Feldene<sup>®</sup>), salsalato (Salflex<sup>®</sup>, Disalcid<sup>®</sup>), sulindaco (Clinoril<sup>®</sup>), sulfipirazona, tolmetina (Tolectin<sup>®</sup>), trilisato (combinación de salicilatos)

- **Hierbas/vitaminas:** Ajoene, corteza de abedul, cayena, Auricularia polytricha (hongo oído de la nube), comino, aceite de onagra, matricaria, ajo, jengibre, ginkgo biloba, ginseng, extracto de semilla de uva, cardo mariano, omega 3 ácidos grasos, extracto de cebolla, hierba de San Juan, cúrcuma, vitamina E y C.

SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

**Lista de hierbas comunes y vitaminas**

\*Por favor comunique todos los productos herbales, vitaminas, medicación previa, de venta libre, y medicación actual con el Dr. Bartlett.

Aloe vera (porción interna) Vera	Ginseg asiático
Myrica	Cohosh negro
Cohosh azul	Bromelaína
Caléndula	Amapola de California
Cáscara sagrada	Ricino
Uña de gato	Pimienta de cayena
Camomila	Corteza de cinchona
Dong Quai	Dientes de león
Onagra	Fenogreco
Matricaria	Escrofularia
Ajo	Jengibre
Gingko Biloba	Ginseng
Guggul	Espino o Majuelo
Lúpulo de castaño de indias	Cola de caballo
Kava kava	Toronjil
Raíz de regaliz	Ma huag
Niacina	Passiflora
Sagrada	Hierba de San Juan
Valeriana	Vitamina E
Corteza de sauce	Yohimbina

\*La lista de arriba incluye medicamentos comunes pero la lista no está completa.

\*Por favor consulte con el Dr. Bartlett si tiene alguna duda

Paciente: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_  
(Letra de imprenta) (Firma)

Fecha: \_\_\_\_\_



SYLVAN BARTLETT, M.D.  
1330 East 8th Street, Suite 400  
Odessa, TX 79761  
(432) 582-2344

# IMPORTANTE

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE PUEDEN HABER OTROS CARGOS ADICIONALES PARA GASTOS DE LABORATORIO O RADIOLOGÍA QUE NO SON PROVISTOS EN LA OFICINA TALES COMO RAYOS X Y MAMOGRAFÍAS.

LAS PRUEBAS SON ORDENADAS A DISCRECIÓN DEL DOCTOR.

Paciente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Paciente (firma): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_