



ACUERDO DE OPTIMIZACIÓN DE RESULTADOS QUIRÚRGICOS

Los profesionales y el personal de MoZaic Care se enorgullecen de tener como máxima prioridad la seguridad de la paciente. En consecuencia, es importante notificarnos sobre cualquier consumo de nicotina (incluye tabaco de mascar, chicle de nicotina, etc.) O uso de productos para inhalar (fumar) de cualquier tipo (incluye cigarrillos, cigarrillos sin nicotina, cigarros, cigarrillos electrónicos, marihuana, etc.). Estas actividades pueden comprometer gravemente la atención de la paciente, ya que aumenta los riesgos de complicaciones perquirúrgicas. Pedimos a los pacientes que nos notifiquen honestamente sobre el uso de dichos productos para que podamos optimizar los resultados quirúrgicos.

También hay medicamentos recetados e ilícitos que pueden comprometer la curación de heridas. Los ejemplos comunes incluyen el uso de esteroides para trastornos inflamatorios (ejemplos: prednisona para el asma) o Accutane (isoretinoína) para el acné. Existen otros medicamentos que pueden afectar negativamente la curación, y tener una lista completa y completa de medicamentos nos ayudará a identificar estos medicamentos y actuar en consecuencia.

Por lo tanto, este formulario es necesario para garantizar el cumplimiento de las prácticas de seguridad comunes.

Comprendo que puedo recibir tratamiento en MoZaic Care siempre que esté de acuerdo con lo siguiente:

1. Actualizar MoZaic Care sobre cualquier cambio en mi historia clínica o quirúrgica.
2. Notificar a MoZaic Care sobre cualquier consumo de nicotina o producto inhalado.
3. Notificar a MoZaic Care sobre cualquier consumo nuevo o continuado de drogas ilícitas.

El incumplimiento de lo indicado dará lugar a la cancelación, reprogramación o denegación de la cirugía.

Al firmar a continuación, usted acepta cumplir con las políticas descritas anteriormente.

Firma de la paciente:

Fecha:

Nombre de la paciente:

Fecha de nacimiento: / /