



Guia de Ayuda Bono PAD

Nombre: _____

RUT : _____ EDAD: _____

1. Ver si cumpla con las condiciones solicitadas por Fonasa.

1. Paciente de cualquier sexo menor de 55 años con IMC <30
2. Paciente de cualquier sexo entre 55 y 65 años con IMC<25
3. Pliegue abdominal que cuelgue 5 cm. por debajo el pliegue inguinal

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Tengo alguno de estos criterios absolutos de exclusión:

1. Embarazo
2. Post parto antes de 6 meses y con lactancia detenida
3. Enfermedad oncológica activa
4. Enfermedad dermatológica activa en el área quirúrgica
5. Enfermedad Psiquiátrica descompensada
6. IMC>30
7. Tabaquismo activo menor a 120 días (Se debe suspender tabaco al menos 4 meses de anticipación. Se considera tabáquico desde 3 cigarrillos por semana).

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Si fumo, ya suspendi el tabaco de inmediato

3. Llene el formulario de contacto y agende una hora de evaluación medica
4. Escribi antes de la consulta mis dudas y tengo claras mis expectativas.
5. Fui evaluado y soy candidato
6. Durante la evaluación medica, resolvi todas mis dudas y aclare si lograría cumplir mis expectativas con este programa

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI FUI CONFIRMADO COMO CANDIDATO POR EL CIRUJANO, SEGUIR EN EL PROCESO

- 6. Realice los exámenes solicitados en la evaluación
- 7. Envíe los exámenes y me respondieron como están estos
- 7. Ya fui evaluado, confirmado como candidato y revisaron mis exámenes
- 8. Coordine mi fecha de pabellón
- 9. Compre mi Bono PAD para abdomen flácido en Fonasa
- 10. Revise los consentimientos informados de la cirugía
- 11. Entregue los consentimientos informados físicamente
- 12. Tengo claras las indicaciones preoperatorias
- 13. Resolvi mis últimas dudas

SI	NO

Firma

Huella