

ANDRES BUSTILLO, M.D., F.A.C.S.
FACIAL PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY

6705 Red Road
Suite 706
Coral Gables, FL 33143

Tel.: 305-663-3380
Fax: 786-533-1535
www.drbusillo.com
andres@drbusillo.com

El Dr. Andrés Bustillo es apasionado de la atención al paciente y la excelencia en la cirugía plástica facial. Sus resultados son conservadores y tienen una apariencia natural.

EDUCACION Y CERTIFICACION

Certificación

Diplomate, American Board of Facial Plastic & Reconstructive Surgery
Diplomate, American Board of Otolaryngology – Head & Neck Surgery

Educación Médica

Facial Plastic & Reconstructive Surgery Fellowship, New York University School of Medicine
Otolaryngology – Head & Neck Surgery Residency, University of Miami School of Medicine
General Surgery Internship, University of Miami School of Medicine

Educacion

University of Miami School of Medicine, **Doctor of Medicine.**
Boston University, **Bachelor of Arts in Biology.**
Belen Jesuit Preparatory School

PUBLICACIONES

Capítulos de Libros

Pastorek, Norman and Andres Bustillo. “The deep plane face lift.” *Facial Plastic Surgery Clinics* Vol. 13. Ed. Wang T. and W.B. Saunders. Philadelphia, PA, August 2005. Print.

Pastorek, Norman and Andres Bustillo. “Blepharoplasty.” *Masters of Facial Plastic Surgery.* Ed. Johnson CM. and W.B. Saunders. Philadelphia, PA. Print.

Pastorek, Norman and Andres Bustillo. “Blepharoplasty.” *Otolaryngology - Head and Neck Surgery.* 4th ed. Bailey B. (ed) Lippincott, Williams, & Wilkins. Philadelphia, PA. Print.

Constantinides, MS and Andres Bustillo. “Anatomy and analysis in revision rhinoplasty.” *Revision Rhinoplasty.* Becker DG. (ed) Thieme Medical Publishers, N.Y. Print.

Miller PJ, and Andres Bustillo. “Complications of the augmented dorsum in revision rhinoplasty.” *Revision Rhinoplasty.* Becker DG. (ed) Thieme Medical Publishers, N.Y. Print.

Revistas Médicas y Científicas

Pastorek, Norman and Andres Bustillo. “The extended columellar strut tip graft.” *Archives of Facial Plastic Surgery.* 2005 May-Jun;7(3):176-84.

Sedwick J, Simons RL, .and Andres Bustillo. “Caudal Septoplasty for Treatment of Septal Deviation: Aesthetic and Functional Correction of the Nasal Base.” *Archives of Facial Plastic Surgery.* 2005 May-Jun;7(3):158-162.

Rhee JS, Poetker DM, Smith TL, Bustillo A, Burzynski M, Davis RE. “Nasal valve surgery improves disease-specific quality of life.” *The Laryngoscope.* 2005 Mar; 115(3): 437-41.

Nombre del paciente: «Person_First_Middle_Last» Fecha: «Date»

En que área esta considerando tratarse:

Nariz:		Cara/Cuello:		Lunar/Quiste:		Botox/Dysport:	
Parpados:		Barbilla:		Peeling químico:		Fillers (Restylane, Perlane, Juvederm, Radiesse, Sculptra):	
Orejas:		Mejilla:		Cicatriz:		Reparación de cáncer de piel:	

Otra: _____

Por quien fue referido al Dr. Bustillo? _____

Que específicamente se quiere corregir? _____

Has hablado con amistades o familiares sobre la cirugía plástica? Si No

Cuanto tiempo has pensado sobre la cirugía? _____

Sientes que estas listo(a)? Si No

Como va a cambiar su vida después de la cirugía? _____

Has consultado con otros doctores sobre la cirugía? _____

Cuando? _____

Te has sometido(a) a cirugía estética en el pasado? Si No Cuando? _____

Que procedimientos? _____

Nombre del medico: _____ Buena experiencia? _____

Resultados satisfactorios? _____

Has tenido traumatismos faciales? _____

Que tipos?: _____

Te has inyectado silicona o biopolímero en el pasado? _____

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Nombre: _____ «Person_First_Middle_Last» S.S.# _____ «Person_SS_Number»

Dirección: _____ «Person_Address1» «Person_Address2»

Ciudad: _____ «Person_City» Estado: _____ «Person_State» Código postal: _____ «Person_ZipCode»

Email: _____ «Person_Email»

Fecha de nacimiento: _____ «Person_Birth_Date» Ciudad de nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Teléfono móvil: _____ «Person_Mobile_Phone» Teléfono de casa: _____ «Person_Home_Phone» Teléfono trabajo: _____ «Person_Work_Phone»

Método preferido para contacto: E-Mail: _____ Móvil/ Texto: _____ Trabajo: _____ Casa: _____

Empleador: _____ Puesto trabajo: _____

Nombre de esposo(a) o padre/guardián: _____ Teléfono trabajo: _____

Empleador de su esposo(a) o padre/guardián: _____ Teléfono: _____

En caso de emergencia, a quien llamamos?: _____ Teléfono: _____

Relación con usted?: _____

HISTORIAL MEDICO

Marque la respuesta apropiada. Si usted no la sabe, por favor escriba "no se" en la línea.

Nombre de su medico de cabecera: _____

Dirección: _____

Esta bajo cuidado medico? _____ No Si

Desde cuando? _____ Porque? _____

Cuando fue su último examen medico? _____

Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Usted esta tomando medicinas o sustancias? (Si contesta si, por favor escribalos) _____ No Si

Tiene usted alergia a alguna medicina o sustancia? (Si contesta si, por favor escribalos) _____ No Si

Tiene usted alguna otra alergia? (Si contesta si, por favor escribalos) _____ No Si

Tiene usted problemas con penicilina, antibióticos, anestésicos, o otras medicinas? _____ No Si

Escriba todas las cirugías que haya tenido el pasado.

Ha tenido usted o algún familiar problemas con anestesia?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Es alérgico al "látex"?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Esta embarazada o puede estar?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Usa anticonceptivos?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Ha sido alguna vez tratado(a) lo le han dicho que tiene enfermedad del corazón?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Ha tomado la pastilla de dieta PHEN-FEN?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Ha tomado o va tomar ACUTANE?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted un marcapasos o válvula artificial?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted fiebre reumática?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted algún soplo en el corazón?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted dolor de pecho?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted presión alta o bajo?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Ha tenido usted enfermedades serias o cirugías mayores? (Si contesta si, escríbelas)	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>

Ha tenido radiación?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted enfermedades inflamatorias, como artritis?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted alguna prótesis?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted algún desorden sanguíneo, como anemia?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Ha sangrado excesivamente después de una cortada o herida?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted problemas estomacales?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted problemas de riñón?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted problemas de hígado?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Es usted diabético(a)?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene asma?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene apnea de sueño?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted epilepsia o convulsiones?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted el VIH o SIDA?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Ha tenido usted hepatitis?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Ha tenido usted tuberculosis?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Fuma cigarros o tabaco? (Si contesta si, cuantos al día?)	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>

Consumo usted bebidas alcohólicas? (Si contesta si, cuantos al día?)	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	----	--------------------------

Usa usted marihuana, cocaína, o otras sustancias ilegales?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted alguna enfermedad de los ojos?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted alguna enfermedad dental?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted alguna enfermedad del cerebro?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Esta bajo tratamiento psiquiátrico?	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
Tiene usted alguna enfermedad que no haya sido mencionada? (Si contesta si, por favor escríbalo)	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION ES COMPLETA Y VERDADERA

Firma del paciente/guardián: _____ Fecha: «Date» _____

South Florida Facial Plastic Surgery (SFENTA, PA)
Notificación de recibo del folleto de prácticas de privacidad
y consentimiento del uso del historial medica.

He recibido una copia de las practicas de la privacidad de SFENTA, la cual explica como la información de mi historial medica será usada Proveyendo que SFENTA cumpla con los requisitos de la ley federal de la privacidad (HIPAA), yo uso de la información de mi historial medico para los propósitos y actividades estipuladas por la ley.

Entiendo que debo leer las prácticas de privacidad cuidadosamente. He sido notificado(a) también, que la información en el folleto puede cambiar y que puedo obtener una copia nueva al llamar a las oficinas corporativas SFENTA, P.A. al teléfono (305) 667-4515.

Reconozco que he recibido una copia oficial de las prácticas de privacidad de SFENTA.

Nombre paciente: «Person_First_Middle_Last» Fecha: «Date»

Firma: _____

Nombre del representante legal (si es necesario): _____ Fecha: «Date»

Firma del representante legal (si es necesario): _____

Para uso de la oficina solamente.

Razones por no haber obtenido la firma y fecha:

- El paciente se negó a firmar
- Problemas de comunicación
- Surgió una emergencia en el momento de la cita
- Otra razón _____

Asignación de representante personal

En 1996 la ley de HIPAA fue establecida para proteger los derechos de privacidad de los pacientes. La ley estipula que usted, el paciente, tiene derecho de asignar a una o mas personas como representantes personales; a las cuales se les permitirá obtener su información medica. Al completar este formulario, usted nos notifica cuales serán sus representantes. Usted puede cambiar esta información si le es necesario.

Nombre paciente: «Person_First_Middle_Last» Fecha: «Date»

Dirección: «Person_Address1» «Person_Address2»

Ciudad: «Person_City» Estado: «Person_State» Código «Person_ZipCode»

Teléfono: «Person_Mobile_Phone» Fecha nacimiento: «Person_Birth_Date»

Autorizó a la(s) siguiente(s) persona(s) como mi representante personal:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Su relación a esta persona? _____

Autorizo a esta(s) persona(s) que tengan mis mismos derechos con respeto a mi historial medico.

Firma del paciente: _____ Fecha: «Date»

Entiendo que puedo cancelar esta autorización firmando la sección indicada debajo y al inferior a **SFENTA, P.A., 6705 Red Rd, Ste 600, Coral Gables, FL 33143**. Como también entiendo, que esta cancelación es efectiva en la fecha indicada.

Quiero revocar esta designación de un representante personal.

Firma del paciente: _____ Fecha: «Date»