



# Dr. Byron Torres D.

**TRAUMATOLOGO - ORTOPEDISTA**

ESPECIALISTA EN HOMBRO & CODO

## Instrucciones generales

FORMULARIO PARA SEGUNDA OPINION, REVISIÓN DE VIDEO O IMAGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA

El Dr. Byron Torres puede realizar la valoración de su caso, revisar el video de su cirugía o revisar sus imágenes de resonancia magnética para en base a ello emitir una segunda opinión o consejo médico.

Para ello se realiza un depósito de 100 dólares americanos si este servicio es de su interés.

Las transferencias o depósitos se pueden realizar a la cuenta corriente 0410606779 del Banco Internacional a nombre de Deortotrauma Cia. Ltda.

Su factura será enviada vía correo electrónico o en físico a la dirección que nos indique en el formulario.

Una vez que el Dr. Torres reciba sus formularios llenos y la información que desea sea revisada, le hará llegar vía correo electrónico o le llamará directamente para comentarle su informe y resultados.

Para iniciar este proceso le pedimos descargue los formularios, los llene y los dirija al Centro de Especialidades Ortopédicas / Dr. Byron Torres a la dirección: Avenida Mariana de Jesús OE7-02 y Nuño de Valderrama, Edificio Citimed, piso 5 Consultorio 511. Quito- Ecuador conjuntamente con sus imágenes de resonancia magnética, Rayos X, tomografías o video de su cirugía.

Para esto le sugerimos utilizar cualquier servicio de Courier como Servientrega, Urbano, DHL o FedEx. Incluya por favor el comprobante de transferencia de su pago dentro de sus documentos.



Dr. Byron Torres D.

**TRAUMATOLOGO - ORTOPEDISTA**  
E S P E C I A L I S T A E N H O M B R O & C O D O

**Formulario 1**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

TELEFONO :

DIRECCIÓN PARA SU FACTURA

NOMBRE PARA SU FACTURA

CI O RUC PARA SU FACTURA

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO PARA SU FACTURA:

Soy mayor de 18 años y solicito este servicio porque no tengo la oportunidad de realizarme una evaluación directamente con el médico.

Esta evaluación difiere de una evaluación clásica provista por un médico sin el beneficio de la observación en persona.

El Dr. Byron Torres por lo tanto podría no tener información valiosa que podría influenciar en su opinión o consejo. Al solicitar este servicio Usted entiende esta limitación y accede asumir el riesgo de esta limitante.

Por favor lea este documento y manifieste su voluntad de acuerdo chequeando la casilla "estoy de acuerdo".

Entiendo que el consejo o informe que el Dr. Torres me entregue es algo preliminar y está limitado porque no posee la información obtenida a través de un examen físico personal y esto podría afectar la posibilidad de un diagnóstico o consejo terapéutico acertado.

Esta valoración no tiene por objetivo reemplazar a una valoración médica en persona.

Estoy de acuerdo y asumo el riesgo con las limitaciones asociadas a esta revisión y entiendo que no existe ninguna garantía del resultado referente a mi condición o tratamiento.

Si estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

FIRMA

FECHA

NÚMERO DE CÉDULA O PASAPORTE



Dr. Byron Torres D.

**TRAUMATOLOGO - ORTOPEDISTA**  
ESPECIALISTA EN HOMBRO & CODO

## Formulario 2

Fecha en la que llena este formulario :

Edad:

Fecha de Nacimiento

Quien le refirió al Dr. Torres?

Cuál es su estado civil?

Cuál es su sexo? (masculino, femenino)

Que articulación esta afectada? (por ejemplo: Hombro, rodilla, codo, etc)

Qué lado está afectado? (derecho o izquierdo)

Cuál es su lado dominante?

Cuáles son sus principales molestias? (dolor, debilidad, rigidez, amortiguamiento, inestabilidad, hinchazon, otras exliquenosis)

Cómo se lastimó ? (caída, deportes, accidente de tránsito, etc)

En que trabaja? Cuál es su actividad? describa un día normal en el trabajo

En que se entretiene ? Cuál es su actividad recreacional o Hobby ? hace deporte de forma profesional? Describa su posición habitual dentro del campo de juego y dinámica de su deporte.

Cuánto tiempo lleva con su problema?

Describa su lesión, le han dado ya un diagnóstico?

Ha recibido Tratamientos previos (medicación, fisioterapia, infiltraciones, etc) o cirugías que podrían tener relación con la lesión actual?

Cuanto del duele del 1 al 10? Le duele todo el tiempo o existe algún momento del día o la noche en el que incrementa el dolor?

Que mejora o que empeora sus molestias?

Le han realizado estudios de imagen? Cuales (rayos X, ecografía, tomografía, resonancia magnética) ?

Cuéntenos de sus enfermedades anteriores y actuales cuanto tiempo tiene con ellas, hace cuanto fueron tratadas y si toma alguna medicación permanente por ellas o tomó algo en particular durante el período de enfermedad.

Por ejemplo : presión alta, enfermedades del corazón, asma , gastritis, problemas pulmonares, problemas renales, lesiones en piel, infecciones, lesiones en hígado, accidentes, fracturas, cáncer, trastornos hormonales, problemas tiroideos, diabetes, osteoporosis, trastornos hemorrágicos o de la sangre, etc) ☒

Que medicación toma actualmente por favor describa los medicamentos, el horario y las dosis

Tiene alergias conocidas? A que medicamentos?

Fuma actualmente o fumaba? Cuéntenos cuantos cigarrillos al día actualmente o detalles de por cuantos años fumó y cuando lo dejó

Utiliza drogas? Cuales y con que frecuencia?

Qué enfermedades han existido en sus familiares cercanos como Padres , Abuelos, Tíos, hermanos, hijos.

Quiere contarnos algo más que podría tener relevancia para su caso, recuerde que todo antecedente podría ser importante aunque no le encuentre una relación directa.

Firma

Fecha

Nombre completo

Correo electrónico

Número de teléfono