

Formulario de registro de implante de válvula On-X*					
Fecha de la intervención quirúrgica (AAAA/MM/DD):	Posición:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SN</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">REF</div>		FECHA DE CADUCIDAD
		NÚMERO DE SERIE	NÚMERO DE CATÁLOGO		
<input type="checkbox"/> Implante o <input type="checkbox"/> No utilizado _____ o <input type="checkbox"/> Fecha de explantación _____ o <input type="checkbox"/> Fecha de muerte _____					
Válvulas On-X adicionales para el mismo paciente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
2ª válvula	Posición:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SN</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">REF</div>		FECHA DE CADUCIDAD
		NÚMERO DE SERIE	NÚMERO DE CATÁLOGO		
<input type="checkbox"/> Implante o <input type="checkbox"/> No utilizado _____ o <input type="checkbox"/> Fecha de explantación _____ o <input type="checkbox"/> Fecha de muerte _____					
3ª válvula	Posición:	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SN</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">REF</div>		FECHA DE CADUCIDAD
		NÚMERO DE SERIE	NÚMERO DE CATÁLOGO		
<input type="checkbox"/> Implante o <input type="checkbox"/> No utilizado _____ o <input type="checkbox"/> Fecha de explantación _____ o <input type="checkbox"/> Fecha de muerte _____					
Paciente					
Nombre:			Apellidos:		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No indicado	SSN/MRN:		Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD):		
Dirección de correo:			Dirección de correo 2:		
Ciudad:	Estado/provincia:		Código postal:	País:	
Teléfono:			Correo electrónico:		
Hospital					
Nombre del hospital:			Teléfono:		
Dirección de correo:			Dirección de correo 2:		
Ciudad:	Estado/provincia:		Código postal:	País:	
Cirujano (cirujano de la explantación si se aporta una fecha de explantación)					
Nombre:			Apellidos:		
Dirección de correo:			Dirección de correo 2:		
Ciudad:	Estado/provincia:		Código postal:	País:	
Teléfono:			NPI:		
Médico siguiente (cardiólogo o médico de atención primaria) <input type="checkbox"/> El mismo cirujano					
Nombre:			Apellidos:		
Dirección de correo:			Dirección de correo 2:		
Ciudad:	Estado/provincia:		Código postal:	País:	
Teléfono:			NPI:		
Comentarios:			Nombre Impreso/Título:		
			Firma:		
			Fecha de hoy:	Teléfono:	

*Rellene este formulario aportando todos los datos que las leyes locales permitan y devuélvalo inmediatamente a On-X Life Technologies, Inc., o a su distribuidor local. Esto incluirá a cada paciente en el registro de implantes y permitirá localizarlo para el seguimiento futuro.