

**Formulario de registro de implante de válvula On-X\***

Fecha de la intervención quirúrgica (AAAA/MM/DD):	Posición:	<b>SN</b> NÚMERO DE SERIE	<b>REF</b> NÚMERO DE CATÁLOGO	 FECHA DE CADUCIDAD
---	-----------	------------------------------	----------------------------------	------------------------

Implante o  No utilizado \_\_\_\_\_ o  Fecha de explantación \_\_\_\_\_ o  Fecha de muerte \_\_\_\_\_

**Válvulas On-X adicionales para el mismo paciente**  Sí  No

<b>2ª válvula</b>	Posición:	<b>SN</b> NÚMERO DE SERIE	<b>REF</b> NÚMERO DE CATÁLOGO	 FECHA DE CADUCIDAD
-------------------	-----------	------------------------------	----------------------------------	------------------------

Implante o  No utilizado \_\_\_\_\_ o  Fecha de explantación \_\_\_\_\_ o  Fecha de muerte \_\_\_\_\_

<b>3ª válvula</b>	Posición:	<b>SN</b> NÚMERO DE SERIE	<b>REF</b> NÚMERO DE CATÁLOGO	 FECHA DE CADUCIDAD
-------------------	-----------	------------------------------	----------------------------------	------------------------

Implante o  No utilizado \_\_\_\_\_ o  Fecha de explantación \_\_\_\_\_ o  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)  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.