

Nombre	Fecha	Fecha De Nacimiento
--------	-------	---------------------

Razón de la Visita:

Historia Medica Pasada

Seleccione cualquiera de las siguientes condiciones medicas que tiene actualmente:

<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrilacion Auricular <input type="checkbox"/> Transplante de medulla osea <input type="checkbox"/> BPH <input type="checkbox"/> Cáncer de mama <input type="checkbox"/> Cáncer de colon <input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria Coronaria <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal <input type="checkbox"/> GERD <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Cancer de Pulmon <input type="checkbox"/> Linfoma <input type="checkbox"/> Cancer de Prostata <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiacion	<input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro _____ _____ _____
---	--	--	--

HISTORIAL DE CIRUGIA PASADA

Ha tenido alguna cirugia en los siguientes organos?

<input type="checkbox"/> Apendice (Apendicectomia) <input type="checkbox"/> Vejiga (Cistectomia) <input type="checkbox"/> Pecho _____ <input type="checkbox"/> Colon _____ <input type="checkbox"/> Vesicula Biliar (Colecistectomia) <input type="checkbox"/> Corazon _____ <input type="checkbox"/> reemplazo de articulaciones _____ <input type="checkbox"/> Riñon _____	<input type="checkbox"/> Hígado _____ <input type="checkbox"/> Ovarios _____ <input type="checkbox"/> Páncreas: Pancreatectomia <input type="checkbox"/> Próstata _____ <input type="checkbox"/> Recto _____ <input type="checkbox"/> Piel: Carcinoma de Células Basales <input type="checkbox"/> Piel: Melanoma <input type="checkbox"/> Piel: Biopsia de Piel	<input type="checkbox"/> Piel: Carcinoma de Células Escamosas <input type="checkbox"/> Bazo (Esplenectomia) <input type="checkbox"/> Testiculos (Orquiectomia) <input type="checkbox"/> Útero (Histerectomia) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro _____
---	--	---

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE LA PIEL

Has tenido alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Queratosis Actinicas <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer De Piel De Células Basales <input type="checkbox"/> Quemaduras De Sol Abrasadoras <input type="checkbox"/> Piel Seca <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Descamación O Picazón Del Cuero Cabelludo	<input type="checkbox"/> Hay Fever / Alergias <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Hierda Venenosa <input type="checkbox"/> Lunares Precancerosos <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Cáncer De Piel De Células Escamosas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otro _____
--	---

Usas protector solar? ○ Si ○ No
 Si es así, que SPF? _____

Te bronceas en un salón de bronceado?
 ○ Si ○ No

Tiene antecedentes familiares de melanoma?
 ○ Si ○ No
 Si es así, cual pariente? _____

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Listar todos los medicamenots actuales:	Enumerar todas las alergias y reacciones si se conocen:



HISTORIA FAMILIAR

Madre: _____ Hermana: _____
Padre: _____ Hermano: _____
Niños: _____

HISTORIA SOCIAL

<p>Estatus De Fumar (por favor elige uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Actual fumador todos los días.</p> <p><input type="checkbox"/> Fumador actual de algún día.</p> <p><input type="checkbox"/> Ex fumador</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca fumador</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido si alguna vez fumado</p> <p>Start smoking (mm/dd/yyyy): _____</p> <p>Quit smoking (mm/dd/yyyy): _____</p> <p>Number of Packs per Day: _____</p> <p>Total Years Smoking: _____</p>	<p>Consumo de alcohol (por favor elija uno):</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p> <p><input type="checkbox"/> 1 o menos por día</p> <p><input type="checkbox"/> 1-2 por día</p> <p><input type="checkbox"/> 3 o mas por día</p> <p>Cual es su consume de cafeína?</p> <p><input type="checkbox"/> Sin especificar</p> <p><input type="checkbox"/> Carias veces al día</p> <p><input type="checkbox"/> Una vez al día</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Un par de veces a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p>	<p>How often do you exercise?</p> <p><input type="checkbox"/> Sin especificar</p> <p><input type="checkbox"/> Varias veces al día</p> <p><input type="checkbox"/> Una vez al día</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Un par de veces al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Estado de conducción</p> <p><input type="checkbox"/> Conducir en el día</p> <p><input type="checkbox"/> Conducir en la noche</p>
--	--	--

Ocupación/Lugar de trabajo: _____ Lugar de residencia: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Por favor, marque si o no para lo siguiente:

Si	No		Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre o escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunosupresion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudores noturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre de heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rigidez en el cuello
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso involuntaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con el sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas tiroideos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la curacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la cicatrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de aliento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sibilancias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en los lunares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heces con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picazón de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina sangrienta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sequedad de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores en las articulaciones			

ALERTAS

Por favor, marque sí o no para lo siguiente:

Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C Positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulaciones artificiales en los últimos dos años
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH positive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anticoagulantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia al adhesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desfibrilador
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a la lidocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MRSA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia a las pomadas antibióticos tópicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latidos rápidos con epinefrina
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo o planificación de un embarazo