

# PA Dedicated Dermatology PC

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mm/dd/yyyy)

Sexo:  Hombre  Mujer  Otro

Lenguaje Preferido:  Ingles  Español  Otro \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Otro: \_\_\_\_\_

### Teléfono:

Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Adonde le podemos llamar:  Casa  Celular  Trabajo

Email: \_\_\_\_\_

¿Le podemos dejar un mensaje detallado?  SI  NO

### Información del Medico Primario:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

¿Si usted es nuevo en nuestra oficina: Su seguro requiere un referido?  SI  NO

¿Cómo se enteró de nosotros (por favor marque)?

Referido Medico  Amigo  Familiar  Conveniente ubicación  Seguro  Otro \_\_\_\_\_

### Información de Farmacia:

Nombre: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES MEDICO

Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones médicas que usted tiene actualmente:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad   | <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición                   |
| <input type="checkbox"/> Artritis   | <input type="checkbox"/> Hepatitis                                |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Hipertensión                             |
| <input type="checkbox"/> La Fibrilación Auricular (latidos cardiacos irregulares) | <input type="checkbox"/> HIV/sida                                 |
| <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la Próstata Benigna                     | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia (el colesterol alto) |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de Medula Ósea                                | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo                          |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Ceno   | <input type="checkbox"/> Leucemia                                 |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Colon  | <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata                       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica                  | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria Coronaria                       | <input type="checkbox"/> Convulsiones                             |
| <input type="checkbox"/> Depresión  | <input type="checkbox"/> Ataque Fulminante                        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Otra                                     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal Terminal                                | _____   |
| <input type="checkbox"/> GERD   |   |

### HISTORIAL QUIRURGICO

Por favor escriba cualquier cirugía que haya tenido en el pasado, junto con la fecha aproximada si la conoce:

---

---

### HISTORIAL ENFERMEDADES DE LA PIEL

Por favor marque si ha tenido alguna de las enfermedades de la piel:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acné                                   | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno/Alergias            |
| <input type="checkbox"/> Las Queratosis Actínicas               | <input type="checkbox"/> Melanoma                            |
| <input type="checkbox"/> Asma                                   | <input type="checkbox"/> La Hiedra Venenosa                  |
| <input type="checkbox"/> Carcinoma de Células Basales           | <input type="checkbox"/> Lunares Precancerosos               |
| <input type="checkbox"/> Las Quemaduras de Sol con Ampollas     | <input type="checkbox"/> Psoriasis                           |
| <input type="checkbox"/> Piel Reseca                            | <input type="checkbox"/> Cáncer de Piel de Células Escamosas |
| <input type="checkbox"/> Eczema                                 | <input type="checkbox"/> Otra:                               |
| <input type="checkbox"/> Cuero Cabelludo Escamoso o Con Picazón | _____  |

¿Usted usa protector solar?  SI o  NO

En caso sí, ¿Qué SPF? \_\_\_\_\_

¿Usted usa el salón de bronceado?

SI o  NO

### ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Tiene antecedentes familiares con melanoma?

SI o  NO

En caso sí, ¿cuál pariente?

- |                                  |                                 |                                  |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MADRE   | <input type="checkbox"/> PADRE  | <input type="checkbox"/> HERMANA |
| <input type="checkbox"/> HERMANO | <input type="checkbox"/> HIJA   | <input type="checkbox"/> HIJO    |
| <input type="checkbox"/> TIO     | <input type="checkbox"/> TIA    | <input type="checkbox"/> SOBRINO |
| <input type="checkbox"/> SOBRINA | <input type="checkbox"/> ABUELO | <input type="checkbox"/> ABUELA  |

**MEDICAMENTOS:** (Por favor indique, si usted tiene una lista con usted, documento, vea la lista, y dar a la enfermera en la sala de examen (si no, por favor escriba "NADA")

---

---

---

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS** (si no, por favor escriba "NADA")

---

---

**HISTORIA SOCIAL:**

MUJERES SOLAMENTE: Último Periodo Menstrual \_\_\_\_\_ Menopáusico:  Si o  No

**HISTORIA DE TABAQUISMO:**

Fumador Diario Actual  Ex Fumador  Fumador Infrecuente  Nunca

**REVISION DEL SISTEMA:**

Por favor marque SI o NO para cada uno:

|   |  |
|---|--|
| Marcapasos  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Desfibrilador   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Pre-medicación antes del procedimiento                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Alergia al adhesive                                     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Anticoagulantes   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Embarazo o embarazo planificación                       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Alergia a la lidocaína                                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Alergia al látex  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Latido del corazón rápido con adrenalina                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Historial de Melanoma linfáticos                        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cual es la cartografía de los ganglios |
| Inmunosupresor  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Problemas de sangrado                                   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Articulaciones artificiales dentro los últimos dos años | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Válvula de corazón artificial                           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Alergia a la crema antibiótico tópica                   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |

**MOTIVO DE SU VISITA:**

---

---

---

---