

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Medico Primario: _____ Medico que Deriva: _____
 Farmacia: _____ Direccion/Ubicacion: _____

Historial Médico Pasado (por favor marque con un círculo todo lo que corresponda):

Ansiedad	Hepatitis
Artritis	Hipertensión / Presión Arterial Alta
Articulaciones Artificiales	VIH/SIDA
Asma	Hipercolestolemia/Colesterol alto
Fibrilación auricular	Hipertiroidismo/Alta Tiroidea
HBP (hiperplasia prostática benigna)	Hipotiroidismo/tiroidismo bajo
Transplante de Medula Osea	Leucemia
Cáncer de Mama	Cáncer del Pulmon
Cáncer del Colon	Lymphoma
COPD (Enfisema)	Cáncer de Prostata
Enfermedad de las arterias coronarias	Tratamiento de Radiación
Depresion	Convulsiones
Diabetes	Derrame Cerebral
Enfermedad Renal en Etapa Terminal	Reemplazo de válvula
GERD (reflujo ácido)	NINGUNA
Pérdida de Audición	
Otra: _____	

Historial quirúrgico anterior (por favor, indique): _____

Historial de enfermedades de la piel (marque todos los que correspondan):

¿Usa protector solar? **SI NO** Si la respuesta es afirmativa, por favor indique cual SPF: _____

¿Se broncea en un salón de bronceado? **SI NO**

¿Has experimentado alguno de los siguientes?(marque con un círculo todas las que correspondan):

Acne	Piel Reseca	Hiedra Venenosa
Queratosis Actínica	Eczema	Lunares Precancerosos (Atípicos)
Asma	Melanoma	Fiebre del Heno/Alergias
Carcinoma de células basales	Psoriasis	Carcinoma de células escamosas
Quemaduras de sol con ampollas		
Descamación o picazón en el cuero cabelludo		NINGUNA
Otra: _____		

Historia familiar

¿Tiene antecedentes familiares de melanoma? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, indique la relación: _____

¿Tiene antecedentes familiares de: Carcinoma basocelular? SI NO Carcinoma de células escamosas SI NO

Síndrome de ovarios poliquísticos SI NO Trastornos autoinmunes SI NO

Si la respuesta es afirmativa, indique la relación: _____

Síntomas actuales (marque con un círculo todos los que correspondan):

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Problemas de sangrado | Dolores de cabeza | Pérdida de peso no intencional |
| Problemas con la curación | Mareos | Problemas de las tiroides |
| Problemas con la cicatrización | Falta de aire | Dolor de garganta |
| Dolor abdominal | Entumecimiento/Hormigueo | Sangre en la orina |
| Vision borrosa | Menstruación irregular | Rigidez del cuello |
| Sangre en las heces | Inmunosupresión | Convulsiones |
| Dolor articular | Tos | Sibilancias |
| Dolor muscular/debilidad | Fiebre o escalofrios | Ansiedad |
| Depresion | Sudor nocturno | Erupción |
| | | Fiebre del Heno |

Alertas (marque con un círculo todas las que correspondan):

- | | |
|---|--|
| Necesita antibióticos antes de los procedimientos | Alergia a los adhesivos |
| Latidos cardíacos rápidos con epinefrina | Alergia al latex |
| Embarazada o planeando un embarazo | Marcapasos |
| Actualmente amamantando | Tomando anticoagulantes |
| Alergia a la lidocaína (u otro anestésico) | Alergia a pomadas antibióticas tópicas |

Por favor liste todos los medicamentos y suplementos que está tomando actualmente:

Por favor, indique cualquier alergia a medicamentos (por ejemplo: antibióticos, aspirina, analgésicos, neosporina, etc.):

Historia Social (Por favor circule uno):

Consumo del alcohol: Nada No a diario A diario 1-2 por dia 3 o mas por dia
Consumo del tabaco: Nunca Fumaba antes No a diario A diario

Ocupación y lugar de trabajo: _____

Mi firma indica que toda la información en este formulario es precisa y completa y he leído la información de resultados adjunta

Firma del Paciente: _____ **Fecha** _____