

Formulario de historia medica

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **Fecha de hoy** ____/____/____
Apellido Nombre

M/F Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Ocupación: _____

Farmacia preferida: (número de fax si se conoce): _____

¿Le da permiso a nuestra oficina para discutir su información médica con miembros de la familia? Si No
En caso afirmativo, indique sus nombres y números de teléfono abajo.

Nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: () _____

¿Podemos dejar la información médica personal en su contestador automático en la casa? Si No

Razón de la visita (Marque en el diagrama de la ubicación de la condición de la piel):

¿Hasta cuándo? _____ Tratamientos anteriores, si los hubiera? _____

LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS ACTUALES:

(Incluye recetas y sin receta)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Sí No

En caso afirmativo, indique abajo y describir la reacción:

¿Alguna vez ha tenido una reacción a la anestesia local? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

PIEL: ¿Alguna vez has tenido? Queratosis actínica Carcinoma basocelular
 carcinoma escamocelular melanoma Otro:

En caso afirmativo, indique los detalles

Antecedentes familiares de cáncer de piel? Si No En caso afirmativo, explique _____

¿Tiene usted un historial de las enfermedades de la piel? Si No En caso afirmativo, explique _____

¿Ha tenido lunares atípicos / displasia? Si No Si es así, se los han quitado? Si No _____

¿Te desarrollar cicatrices queloides en respuesta a la cirugía? Si No

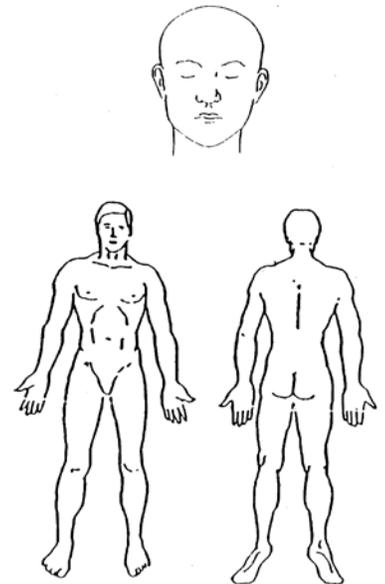
¿Usted desarrolla erupciones en la piel como reacción a? Vendajes Neosporin Polysporin Otro

¿Es usted alérgico al látex? Si No ¿Necesita antibióticos antes de procedimientos dentales? Si No

¿Sangra con facilidad? Si No

Haga una lista de otras enfermedades o condiciones que debemos tener en cuenta: _____

Cirugía previa? En caso afirmativo, explique el tipo de cirugía y de las fechas: _____



¿Tiene usted ahora, o ha tenido enfermedades o condiciones de:

	SI	NO		SI	NO
Pulmones:			Otros sistémica:		
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis / enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñón / Enfermedad de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Cáncer, tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular:	SI	NO	Trasplante de órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune:	SI	NO
Flebitis / coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del tejido conectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desfibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Gastrointestinales:	SI	NO
Enfermedades Neurológicas:	SI	NO	Hepatitis B o C (marque con un círculo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hongos vaginales con antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo con procedimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Enfermedad Articular	SI	NO
Ginecología (sólo mujeres):	SI	NO	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Períodos irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulación artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fecha de espera _____					
¿Está lactando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Número de partos: _____					
Número de hijos: _____					
¿Estás tratando de quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

HISTORIA SOCIAL

¿Bebe alcohol? Sí No número de _____ bebidas por semana

¿Fuma usted? Sí No ¿cuánto? _____

¿Ha fumado en el pasado? Sí No ¿cuando dejó de hacerlo? _____

¿Usa drogas recreativas? Sí No ¿cuál? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Con el fin de servir mejor a sus necesidades dermatológicas, le pedimos que marque cualquier objeto debajo que le gustaría para discutir más a fondo en el momento de su visita.

MÉDICO

- Cáncer de Piel
- Los lunares
- Acné / Rosácea
- Exceso de sudor
- Psoriasis
- Eczema

LASER

- Eliminación de vello
- Rejuvenecimiento IPL Fotofacial
- Los vasos sanguíneos rotos/ Telangiectasia
- Eliminación de tatuajes
- Manchas café
- Luz Azul

QUIRÚRGICO

- MOHs
- cosmética lunar o eliminación de verrugas

COSMÉTICA

- el daño solar / opciones de corrección de las arrugas
- Botox
- Rellenos (colágeno, Restylane, Radiesse, Juvederm)
- Los productos de cuidado de la piel
- Las exfoliaciones químicas (peel)
- La escleroterapia

OTROS: _____

Completado por: Paciente

Firmado por el paciente

_____/_____/_____
Fecha

Padre / guardián

Su nombre

_____/_____/_____
Fecha