

Historial Dermatológico y Hoja Informativa

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad: _____

¿Quién es su médico primario? _____

¿Tiene usted una remisión? Sí No

¿Quién lo refirió? Yo mismo Otro: _____

Historial Médico Anterior: (Sírvese marcar todo lo que aplica)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Apoplejía | <input type="checkbox"/> COPD (enfermedad de los pulmones) | <input type="checkbox"/> HIV / AIDS (SIDA) |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Coronariopatía (enfermedades de las arterias del corazón) | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Linfoma |
| <input type="checkbox"/> Audición, pérdida de | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Radiación – tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del colon | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones (última etapa) | <input type="checkbox"/> Tiroide |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del páncreas | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Hiper (alta) <input type="checkbox"/> Hipo(baja) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de la próstata | <input type="checkbox"/> GERD (reflujo gastroesofágico) | <input type="checkbox"/> Trasplante de médula ósea |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del pulmón | | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del seno | | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cicatrices | | |

Historial quirúrgico anterior: (Sírvese marcar todo lo que aplica)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Derivación arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Ovarios, excisión: debida a quiste |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía (excisión de apéndice) | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula mecánica | <input type="checkbox"/> Ovarios, excisión: debida a cáncer del ovario |
| <input type="checkbox"/> Excisión de la vejiga | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula biológica | <input type="checkbox"/> Próstata, excisión: debida a cáncer de próstata |
| <input type="checkbox"/> Mastectomía (derecha, izquierda, bilateral) | <input type="checkbox"/> Transplante de corazón | <input type="checkbox"/> Próstata, biopsia |
| <input type="checkbox"/> Excisión de tumor del seno (derecho, izquierdo, bilateral) | <input type="checkbox"/> Reemplazo articular de rodilla (derecha, izquierda, bilateral) | <input type="checkbox"/> TURP (excisión de la próstata) |
| <input type="checkbox"/> Biopsia del seno (derecho, izquierdo, bilateral) | <input type="checkbox"/> Reemplazo articular de cadera (derecha, izquierda, bilateral) | <input type="checkbox"/> Bazo, excisión |
| <input type="checkbox"/> Reducción del seno | <input type="checkbox"/> Reemplazo articular en los últimos 2 años | <input type="checkbox"/> Testículos, excisión (derecho, izquierdo, bilateral) |
| <input type="checkbox"/> Implantes de senos | <input type="checkbox"/> Riñón, biopsia (nefrectomía) | <input type="checkbox"/> Histerectomía: debida a fibromas |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: excisión cáncer del colon | <input type="checkbox"/> Riñón, excisión (derecho, izquierdo) | <input type="checkbox"/> Histerectomía : debida a cáncer del útero |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: debida a diverticulitis | <input type="checkbox"/> Riñón, excisión de piedra | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Colectomía : IBD (para colon irritable) | <input type="checkbox"/> Riñón, transplante | _____ |
| <input type="checkbox"/> Vesícula, excisión | <input type="checkbox"/> Ovarios, excisión: debida a endometriosis | |

Historial de enfermedades de la piel: (Sírvese marcar todo lo que aplica)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Cuero cabelludo con picor o escamas | <input type="checkbox"/> Piel seca |
| <input type="checkbox"/> Acne | <input type="checkbox"/> Dermatitis venenosa | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> Quemaduras del sol con ampollas |
| <input type="checkbox"/> Cáncer basocelular de la piel | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno / Alergias | <input type="checkbox"/> Queratosis actínica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de células escamosas de la piel | <input type="checkbox"/> Lunares precancerosos | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Melanoma | _____ |
- Historial familiar de cáncer de la piel no-melanoma
- Historial familiar de melanoma
- ¿Usa usted loción contra el sol? Sí No Si la usa, ¿cuál SPF? _____
- ¿Frecuenta un salón para bronceado? Sí No

Medicamentos y/o Suplementos:

Ninguno

Alergias a medicamentos:

Ninguna

Historial Social: (Sírvese marcar todo lo que aplica)

El fumar cigarrillos:

- Fuma en la actualidad, cajetillas al día _____
- Ha fumado anteriormente
- Nunca ha fumado

Uso de licor:

- Ninguno
- Menos de 1 trago al día
- 1-2 tragos al día
- 3 o más tragos al día

Otro historial médico familiar (sólo familiares cercanos): _____

Su ocupación: _____

Lenguaje preferido: _____ Raza: _____ Grupo étnico: _____

¿Cuál farmacia prefiere usted? - ¿Ciudad / Estado? _____

Sírvase marcar todos los que aplican:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas con sangrado | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales en los últimos dos años |
| <input type="checkbox"/> Programas de sanación | <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Diluyentes de sangre |
| <input type="checkbox"/> Problemas para cicatrizar | <input type="checkbox"/> Debilidad muscular | <input type="checkbox"/> Desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> Salpullido | <input type="checkbox"/> Rigidez en el cuello | <input type="checkbox"/> MRSA (infección estafilocócica resistente) |
| <input type="checkbox"/> Inmunosupresión | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Premedicación para procedimientos |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Latidos rápidos con uso de epinefrina |
| <input type="checkbox"/> Fiebre o escalofríos | <input type="checkbox"/> Falta de aliento | <input type="checkbox"/> Embarazo o planeando un embarazo |
| <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Jadeo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de peso no intencionada | <input type="checkbox"/> Ansiedad | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de tiroide | <input type="checkbox"/> Depresión | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Alergia a adhesivos | |
| <input type="checkbox"/> Visión nublada | <input type="checkbox"/> Alergia a lidocaína | |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Alergia a ungüentos con antibiótico | |

¿Le interesan los procedimientos cosméticos? Sí No

Si tiene interés en algún producto o promoción de cosméticos, por favor déjenos su email:

Comentarios:

