

Historia del Paciente (Dermatología de Adultos)

Impimir tu nombre: _____

Impimir tu fecha de nacimiento: _____

Número de tarjeta azul: _____ *(sí se conoce)*

Quien es su Doctor Primario:

Nombre del Médico: _____

Dirección del Médico: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono () _____

¿Fue un medico quien lo refirio al Servicio de Dermatología? no sí

Mi Doctor Primario Otro

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono () _____

Yo autorizo a dermatología para dejar mensajes en mi (por favor marque):

Teléfono de su Casa () _____

Teléfono del Trabajo/Dia () _____

Teléfono Celular () _____

PROBLEMAS: ¿Cuál es el propósito de su visita de hoy? _____

HISTORIA MEDICA

¿Tiene algún problema médico? Por favor marcar o completar.

Diabetes Asma Enfermedad del Hígado Alergias de Temporada Hipertensión

Cáncer (especificar tipo) _____ Otros _____

¿Tiene usted un marcapaso?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
¿Tiene una articulación artificial	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
¿Tiene una válvula cardíaca artificial?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí
¿Tiene que tomar antibióticos antes de ir al dentista?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <i>(¿por qué?)</i>

MEDICAMENTOS: Por favor escribe todos los medicamentos que usa actualmente con o sin receta:

(1) _____ (2) _____ (3) _____

(4) _____ (5) _____ (6) _____

¿Es usted alérgico a algún medicamento? no sí *Por favor especifique cual* _____

¿Toma anticoagulantes? no sí *Por favor especifique cual* _____

¿Ha tomado aspirina en las últimas 48 horas? no sí

Por favor, complete la parte 2 al revers de esta página

HISTORIA FAMILIAR: ¿Hay algún tipo de enfermedad hereditaria en su familia? no sí
(Por favor especifique)

¿Usted o alguno de sus parientes tienen melanoma?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	(relación)	
¿Usted o alguno de sus parientes tienen otro tipo de cáncer de piel?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	(relación)	
¿Usted o alguno de sus parientes tienen psoriasis?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	(relación)	
¿Usted o alguno de sus parientes tienen eczema?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	(relación)	

HISTORIA SOCIAL ¿Usted fuma? no sí
¿Toma bebidas alcohólicas regularmente? no sí

OCUPACIÓN: ¿Qué tipo de trabajo hace usted? _____

REVISIÓN DE SISTEMAS: ¿Tiene o ha tenido usted algún problema médico?

Por favor, indique cual.

Salud General	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Ojos	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Oídos/Nariz/Garganta/Boca	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Corazón	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Hígado	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Pulmones	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Estómago y los intestinos	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Riñones	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Dolores de cabeza/Convulsiones	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Problemas psicológicos	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Tiroides/Diabetes	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Sangre/Algún Sangrado	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Mujeres: ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
Planea quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	

Yo autorizo al Servicio de Dermatología para revelar mi información médica a otros médicos

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Médico

Fecha