

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del medio: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

HISTORIAL MÉDICO:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Pérdida de Audición |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la Válvula Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Hipertensión/Presión Arterial Alta |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de Médula Ósea | <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia |
| <input type="checkbox"/> Hiperplasia Prostática Benigna | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Malignidad: _____ | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Arterial Coronaria/Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> Linfoma |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal en Etapa Terminal/Diálisis | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> ERGE (Reflujo Ácido) | <input type="checkbox"/> Trasplante: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

_____ Fecha: _____	_____ Fecha: _____
_____ Fecha: _____	_____ Fecha: _____
_____ Fecha: _____	_____ Fecha: _____

ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CUTÁNEA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Hidradenitis supurativa |
| <input type="checkbox"/> Dermatitis atópica | <input type="checkbox"/> Queloide |
| <input type="checkbox"/> Quemaduras solares: ¿Cuántas? _____ | <input type="checkbox"/> Melasma |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Herpes: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Genital | <input type="checkbox"/> Vitíligo |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

ANTECEDENTES DE CÁNCER DE PIEL/PRENCANCER

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Queratosis actínica: Tratamientos anteriores | <input type="checkbox"/> Crema Quimioterapia/Fluorouracilo | <input type="checkbox"/> Luz azul (PDT) | <input type="checkbox"/> Nitrógeno líquido |
| <input type="checkbox"/> Moles atípicos/displásicos/precancerosos | <input type="checkbox"/> Tratado | <input type="checkbox"/> No tratado | ¿Cuándo?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Célula basal: | <input type="checkbox"/> Tratado | <input type="checkbox"/> No tratado | ¿Cuándo?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Células escamosas: | <input type="checkbox"/> Tratado | <input type="checkbox"/> No tratado | ¿Cuándo?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Melanoma: | <input type="checkbox"/> Tratado | <input type="checkbox"/> No tratado | ¿Cuándo?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Tratado | <input type="checkbox"/> No tratado | ¿Cuándo?: _____ |

- ¿Tiene familia con antecedente de melanoma? S N Si es así, ¿quién? _____
- ¿Usa protector solar? S N Si es así, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuántos años? _____
- ¿Se bronceó/broncea en un salón de bronceado? S N Si es así, ¿con qué frecuencia? _____ ¿A qué edad empezó/terminó? _____
- ¿Se bronceó/broncea al aire libre? S N Si es así, ¿con qué frecuencia? _____ ¿A qué edad empezó/terminó? _____

MEDICAMENTOS Ninguno

Incluidos los de venta libre, a base de hierbas y suplementos

ALERGIAS Ninguna

ANTECEDENTES SOCIALES

- Fumador de cigarrillos: Nunca Solía fumar Todos los días Algunos días
- Alcohol: Ninguno Bebedor Activo (>1 bebida/día) Bebedor Social (<4 bebidas/semana)

REVISIÓN POR SISTEMAS

¿Actualmente tiene problemas con algunos de estos sistemas?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Inmunosupresión | <input type="checkbox"/> Entumecimiento/Hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Fiebres/escalofríos | <input type="checkbox"/> Dolor articular | <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso Involuntario |

ALERTAS

¿Tiene algunas de las siguientes condiciones?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Tratando de Concebir | <input type="checkbox"/> Lactancia materna | <input type="checkbox"/> Alergia a la Cinta Adhesiva |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | | | <input type="checkbox"/> Alergia al Látex |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador | | | <input type="checkbox"/> Alergia a los Ungüentos Tópicos |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones en los Últimos dos Años | | | <input type="checkbox"/> Alergia a la Lidocaína/Anestesia |
| <input type="checkbox"/> Válvula Cardíaca Artificial | | | <input type="checkbox"/> Latido Rápido del Corazón con Epinefrina |
| <input type="checkbox"/> Premedicación Antes de los Procedimientos | | | <input type="checkbox"/> Propensos a Queloides/Cicatrices |
| <input type="checkbox"/> Nacido con una Condición Cardíaca: _____ | | | <input type="checkbox"/> Historia de MRSA |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Hemorrágico | | | <input type="checkbox"/> Inmunocomprometido |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de Endocarditis | | | <input type="checkbox"/> Desmayos Antes de Procedimientos |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de Trasplante de Órganos: _____ | | | <input type="checkbox"/> Anticoagulantes |

MOTIVO DE SU VISITA
