

Historia Clínica

(Pacientes de Pediátrico & Adolescente - 18yrs & Menores de Edad)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: ____-____-____ Fecha: ____-____-____

¿Quién le se refirió? _____ Médico de su familia: _____

Paciente de Nino o Adolescente Asiste: Servicio de guardería infantil / Escuela /Escuela en la Casa / Se queda en casa

¿Cualquier alergia a medicaciones o intolerancias? Sí No Si sí, por favor liste: _____

¿Qué tipo de reacción? _____

Alergia a Cacahuete u otras comidas: _____

¿Alergia o sensibilidad a LATEX? Sí No ¿Qué tipo de reacción? _____

Liste cualquier medicación que el paciente toma: _____

Revisión de sistemas:

Tiene actualmente o tenido recientemente: Y N Tos Y N Garganta adolorida Y N Fiebre Y N Otro enfermedad: _____

Historia Clínica: ¿El paciente tuvo, o tiene, cualquiera del siguiente?

- Y N Melanoma Y N Problema de hígado Y N Seizures
Y N La biopsia de un lunar anormal Y N Otro problemas de Inmune Y N Depression/Anxiety
Y N Otro Cáncer Y N Retraso en desarrollo Y N MRSA infection
Y N Diabetes Y N Problemas de GI (ulceras, acidez, reflujo) Y N Trasplante de Órganos
Y N Problemas de la riñón Y N Autoimmune (toroides, reuma. Artritis, lupus)

Cualquier otras condiciones médicas: _____

¿El paciente ha tenido una quemadura de sol con ampollas? Sí No

Cuando el paciente está expuesto al sol, hace la piel (escoja uno):

- Siempre quemadura, nunca curta (SPT-1) generalmente quemadura, curta levemente (SPT-2)
 Curta bien, quemadura a veces (SPT-3) curta en enigma, nunca quemadura (SPT-4)

Historia Cirugía: Por favor, liste cualquier cirugía anterior:

¿El paciente toma antibióticos antes de su limpieza de dientes o cirugía? Yes No

Historia de Familia: ¿Tiene cualquiera en la familia del paciente más cerca tuvo cualquiera del siguiente?

Si sí, por favor liste su relación a ti (ie. Madre, hermano/a, etc.)

- Y N Melanoma: _____ Y N Carcinoma elemental de célula: _____
Y N Carcinoma escamoso de célula _____ Y N La biopsia de un lunar anormal: _____
Y N Actinic Keratoses (precancerosos): _____ Y N Autoimmune (toroides, reuma. Artritis, lupus) _____

Social History:

¿El paciente utiliza filtro solar? Diariamente Cuando afuera por cualquier plazo de tiempo
 A menudo A veces Nunca

¿El paciente va a la cama de sol? Sí No (Solo Mujeres)

¿El paciente está tomando píldoras anticonceptivas? Sí No Si sí, por favor liste: _____

¿Cualquier otros métodos para el control de la natalidad? _____