



Medical History

Historia Clínica

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

¿Quién le se refirió? \_\_\_\_\_ Médico de su familia: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo le hace? (¿Si jubilado, qué hizo?) \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias a medicinas?  Sí  No Si sí, por favor liste la medicina y reacción abajo.

MEDICINA

REACCION

\_\_\_\_\_  colmenas/erupción/picazón  hinchazón  falta de aliento  otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  colmenas/erupción/picazón  hinchazón  falta de aliento  otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  colmenas/erupción/picazón  hinchazón  falta de aliento  otro: \_\_\_\_\_

Tiene más alergias que puede listar arriba.

Revisión de sistemas:

Tiene actualmente o tenido recientemente: Y N Nuevo, cambiando o inquietante marca(s) de piel
Y N Alergia o sensibilidad a látex -> ¿Qué reacción? \_\_\_\_\_
Y N Alergia a la anestesia dental u otras medicinas entumecidas

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

Y N Artritis Y N Hepatitis: B C Y N MRSA o VRE infección
Y N Enfermedad autoinmune -> tipo: \_\_\_\_\_ Y N HIV/AIDS Y N Trasplante de Órgano
Y N Carcinoma elemental de célula Y N Melanoma ↓ Y N Tratamiento de radiación
Y N La biopsia de un lunar anormal Nodos de linfa estuvo: Y N Carcinoma escamoso de célula
Y N Cáncer -> tipo: \_\_\_\_\_  positivo  negativo
 No verificado  desconocido

Toma cualquier diluyentes de sangre:  Sí  No

Si sí, ¿Cuál uno(s)?  La aspirina (incluye aspirina de bebé)  Coumadin (warfarin)  Plavix  Aggrenox
 NSAIDs (Advil, Ibuprofen, Naproxen, etc)  Otro: \_\_\_\_\_

¿Que tuvo una quemadura de sol con ampollas?  Sí  No

Cuando 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 de cirugía:

¿Toma antibióticos antes de dientes que limpian o la cirugía?  Sí  No
¿Que tuvo la cirugía de Mohs para un cáncer de piel?  Sí  No

Historia de familia: ¿Tiene cualquiera en su familia más cerca tuvo cualquiera del siguiente? Si sí, por favor liste su relación a ti.

No sé mi historia de familia
Y N lunares anormales \_\_\_\_\_ Y N Eczema \_\_\_\_\_
Y N Asma \_\_\_\_\_ Y N Melanoma \_\_\_\_\_
Y N Enfermedad autoinmune ( lupus  reumatoide artritis  tiroides problemas  otro) \_\_\_\_\_

Historia social:

¿Utiliza filtro solar?  Diariamente  Cuando afuera por cualquier plazo de tiempo  A menudo  A veces  Nunca
¿Va a la cama de sol?  Sí  No
¿Fuma?  Sí  No ¿Si sí, para cuánto tiempo y cuánto cada día?: \_\_\_\_\_
¿Bebe alcohol?  Sí  No ¿Si sí, para cuánto? \_\_\_\_\_
(Solo Mujeres) ¿Está embarazada o tratando de estar embarazada?  Sí  No ¿Está seno que alimenta?  Sí  No
(Solo Mujeres) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas o utilizar otros métodos para el control de la natalidad?  Sí  No
Si sí, qué método(s):  Píldoras anticonceptivas  IUD  NuvaRing  Depo Provera  Otros: \_\_\_\_\_