Medical History

Dermatology Specialists of Omaha

Historia Quirúrgico

Nombre: _____ Fecha del Nacimiento: _____-_____-_____ Fecha de Hoy: _____-_____-_____

¿Quién le se refirió ? _____ Médico de 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.
: _____

¿Qué tipo de reacción? _____

Revisión de sistemas:

¿Tiene alguna alergia o sensibilidad a látex? □ Sí □ No ¿Qué tipo de reacción? _____

Tiene actualmente o tenido recientemente:

Y N Tos crónico
Y N Fiebres
Y N Dolor de pecho
Y N Intolerancia a anestesia dental
Y N Respiración dificultosa
Y N Claustrofobia

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

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 Ataque al corazón
Y N Murmullo del corazón
Y N Hepatitis
Y N HIV/AIDS
Y N Hipertensión (presión alta de sangre)
Y N Latido del corazón irregular
Y N Coágulo de sangre
Y N Diabetes
Y N Prolapso de válvula
Y N Tratamiento de radiación
Y N Afasia/ TIA
Y N Tuberculosis

¿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)
□ Lesión(es) nuevo(s) o cambia(s)

Historia Cirugía: Que tuvo cualquiera de las cirugías siguientes:

Y N Cirugía de Mohs
Y N Articulación de artificial
Y N derivación aortocoronaria
Y N desfibrilación del corazón
Y N válvula artificial del corazón
Y N Marcapasos (Cardíaco)

¿Toma antibióticos antes de su limpieza de dientes o cirugía? □ ***Yes*** □ ***No***

Historia de Familia: ¿Tiene cualquiera en su familia 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 escamoso de célula: _____
Y N Actinic Keratoses (precancerosos): _____
Y N Carcinoma elemental de célula:_____
Y N La biopsia de un lunar anormal: _____

Historia social:

¿Utiliza filtro solar? □ Diariamente □ Cuando afuera por cualquier plazo de tiempo □ A menudo □ A veces □ Nunca

¿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) ¿Son 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:_____