

BRENTWOOD SKIN CLINIC – HISTORIAL MÉDICA PARA NUEVOS PACIENTES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: mes: _____ / día: _____ / año: _____

Peso: _____ Altura: _____

Motiva para su visita: _____

Historia de piel/Historia Dermatológica:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> La piel seca | <input type="checkbox"/> Hiedra venenosa |
| <input type="checkbox"/> Lunares anormales | <input type="checkbox"/> Caspa/cuero cabelludo irritado | <input type="checkbox"/> Carcinoma de células escamosas de piel |
| <input type="checkbox"/> Alergias/ fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Carcinoma basocelular de piel |
| <input type="checkbox"/> Quemadura del sol abrasadora | <input type="checkbox"/> Pre-cáncer/queratosis actínicos | <input type="checkbox"/> Melanoma |
| <input type="checkbox"/> El herpes labial/
Calenturas | <input type="checkbox"/> Psoriasis | |

¿Usa el protector del sol? Sí o No

¿De qué SPF? _____

¿Ha recibido un examen completo de su piel? Sí o No

¿Cuándo? _____

¿Usa el salón de bronceado? Sí o No

Condiciones Médicas: *Por favor, describa otras enfermedades actuales que tienes.*

- NADA
 OTRO: _____

Medicamentos: *Por favor, escriba todos los medicamentos que actualmente está tomando. O provéanos con una copia.*

Droga: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Razón: _____

Droga: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Razón: _____

Droga: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Razón: _____

Droga: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____ Razón: _____

Alergias:

Por favor, escriba todas las alergias conocidas (ambiental, medicamentos, alimentos, etc). Además, escriba el tipo y severidad de la reacción.

- NONE
 OTHER _____

Si hay algo más que quiere que sepamos, escríbalo aquí:

BRENTWOOD SKIN CLINIC – HISTORIAL MÉDICA PARA NUEVOS PACIENTES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: mes: ____/ día: ____/ año: _____

Estatus de fumar:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Fuma algunos días |
| <input type="checkbox"/> Ex-fumador(a) | <input type="checkbox"/> Fuma todos los días |
| <input type="checkbox"/> Usa el tabaco de mascar | <input type="checkbox"/> Fuma cigarrillos electrónicos |

Si se aplica:

Número de paquetes por día: _____

Número de años que fumaba (en total): _____

Consumo de alcohol:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> 1-2 bebidas al día |
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 bebida al día | <input type="checkbox"/> 3+ bebidas al día |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Historia Social:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No sexualmente activo(a) | <input type="checkbox"/> Conduce durante el día |
| <input type="checkbox"/> Sexualmente activo(a) con un pareja | <input type="checkbox"/> Conduce durante la noche |
| <input type="checkbox"/> Sexualmente activo(a) con múltiples parejas | <input type="checkbox"/> Hace ejercicios |
| <input type="checkbox"/> Siente seguro(a) in casa | <input type="checkbox"/> Consume cafeína |

Sólo para las mujeres:

Último ciclo menstrual: ____/____/____ ¿Está embarazada? Sí o No ¿Está amamantando? Sí o No

¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía? Sí No ¿Cuándo la recibió? (Edad o año): _____

¿Ha recibido la vacuna contra la gripe este año? Sí No Fecha aproximada: _____

¿Ha recibido la vacuna contra el herpes zóster? Sí No No sé ¿Cuándo? (Edad o año): _____

¿Tiene el Advanced Care Plan (plan de atención avanzada)? Sí No No lo sé

¿Tiene alguien que tiene poder para tomar decisiones por Ud.? Sí No No lo sé

Si es así, ¿quién es? (Nombre, número de teléfono, y relación): _____
