

MRN: _____ Nombre Name: _____ Fecha de Nacimiento DOB: _____

Historial Médico

Seleccione cualquiera de las siguientes condiciones médicas que usted tenga:

Ansiedad Anxiety	EPOC COPD	Hepatitis Hepatitis	Cáncer de Pulmón Lung Cancer
Artritis Arthritis	Cardiopatía isquémica Coronary Artery Disease	Hipertensión Hypertension	Linfoma Lymphoma
Asma Asthma	Depresión Depression	VIH/SIDA HIV/AIDS	Cáncer de Próstata Prostate Cancer
Fibrilación Auricular A Fib	Diabetes Diabetes	Hipercolesterolemia Hypercholesterolemia	Tratamiento de Radiación Radiation Tx
Hiperplasia Prostática Benigna BPH	Enfermedad Renal Terminal End Stage Renal Dz	Hipertiroidismo Hyperthyroidism	Convulsiones Seizures
Cáncer de Seno Breast Cancer	Reflujo Gastroesofágico GERD	Hipotiroidismo Hypothyroidism	Derrame Cerebral Stroke
Cáncer de Colon Colon Cancer	Pérdida de la Audición Hearing Loss	Leucemia Leukemia	Otras Other: _____

Cirugías Anteriores (Past Surgeries): _____

Ha tenido alguna de las siguientes condiciones de la piel? (Skin History)

Acne Acne	Quemaduras solares severas Sunburns	Fiebre del Heno/Alergias Hay Fever/Allergy	Psoriasis
Queratosis Actínica Actinic Keratosis	Piel Seca Dry Skin	Melanoma	Carcinoma espinocelular SCC
Asma Asthma	Eczema	Hiedra Venenosa Poison Ivy	Otras Other: _____
Carcinoma de células basales SCC	Descamación en el cuero cabelludo Flaking	Lunares Precancerosos Precancer Moles	_____

Usa Protector Solar? Do you wear sunscreen? [Sí Yes] [No] SPF: _____

¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de piel? Family History of Skin Cancer? Sí Yes No

Si tiene, ¿qué pariente? If YES, which relative? _____

Si tiene, ¿qué tipo? Which type?: [Carcinoma de células basales (BCC)] [Carcinoma espinocelular (SCC)] [Melanoma] [Desconocido (Unknown)]

¿Estas tomando alguna medicación? Are you currently taking any medications? [Sí Yes (por favor liste abajo)] [NO]

Alergias a medicamentos (Drug Allergies) [Sí Yes (por favor liste abajo)] [NO]

Vacunas (fecha de recepción) Vaccinations: Neumonía Pneumonia: ____/____ Vacuna contra la gripe Flu shot: ____/____

Consumo de alcohol Alcohol Usage: [No Toma NONE] [Una bebida por día <1 OD] [1-2 por día 1-2 OD] [Más de 3 bebidas por día 3+ OD]

Fumar Smoking Status: [Fuma todos los días EVERY DAY] [Fuma algunos días SOME DAYS] [Dejo de fumar FORMER SMOKER] [Nunca fumó NEVER SMOKER]

¿Cual es su altura? Height _____ ¿Cual es su peso? Weight _____

Por favor circule cualquier problema médico que tenga (ROS):

[Presión Alta High Blood Pressure] [Problemas Tiroides Thyroid Probs] [Asma/Fiebre del Heno Asthma/Hay Fever] [Erupciones Rash] [Debilidad Muscular Muscle weakness]
[Dolor de Pecho Chest Pain] [Anemia Anemia] [Enfisema Emphysema] [Inmunosupresión Immunosuppression] [Rigidez del Cuello Neck stiffness]
[Ataque al Corazón Heart Attack] [Transfusión de sangre Blood transfusion] [Malestar Malaise] [Sudores Nocturnos Night sweats] [Convulsiones Seizures]
[Falta de aire Shortness of breath] [Cáncer Cancer] [Fiebre/Escalofríos Fever or Chills] [Dolor de Garganta Sore throat] [Tos Cough]
[Derrame Stroke] [Esclerosis Múltiple/Entumecimiento Multiple Sclerosis (Numb)] [Dolor de Cabeza Headache] [Visión Borrosa Blurry Vision] [Estornudos Whooping]
[Pérdida de Peso Weight Loss] [Lupus Lupus] [Problemas con el Sangrado Problems with bleeding] [Dolor Abdominal Abdominal Pain] [Ansiedad Anxiety]
[Depresión Depression] [Artritis/ Dolor Muscular Arthritis/Muscle Pain] [Problemas con la Cicatrización Problems with healing] [Heces con sangre Bloody Stool]
[Diabetes Diabetes] [Enfermedad Reumática Rheumatic Disease] [Problemas con la Cicatrización Problems with scarring] [Hematuria Bloody Urine]
[Articulaciones Artificiales Artificial joints] [Válvula cardíaca Artificial Artificial heart valve] [Marcapasos/Desfibrilador Pacemaker/defibrillator] [Tuberculosis Tuberculosis]
[Coágulos de sangre Blood clots] [Problemas de Riñones Kidney problems] [Anticoagulantes Blood thinners] [VIH/SIDA AIDS/HIV] [MRSA MRSA]
[Hepatitis B o C Hepatitis B or C] [Alergia a la lidocaína Allergy to Lidocaine] [Alergia a los adhesivos Allergy to adhesives/bandages] [Alergia al látex Allergy to latex]
[La alergia a los antibióticos tópicos Allergy to antibiotic ointment] [Latido del corazón rápido con adrenalina Rapid heart beat w/ opi]
[Problemas del hígado Liver problems] [Embarazo o planea un embarazo Pregnant or Planning pregnancy]

Firma de Paciente /Guardián Patient/Legal Guardian Signature: _____ Fecha Date: _____