

NJ Certified Dermatology PC

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ (mm/dd/yyyy)

Sexo: Hombre Mujer Otro

Lenguaje Preferido: Ingles Español Otro _____ Raza: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Otro: _____

Teléfono:

Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Adonde le podemos llamar: Casa Celular Trabajo

Email: _____

¿Le podemos dejar un mensaje detallado? SI NO

Información del Medico Primario:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____ Fax #: _____

¿Si usted es nuevo en nuestra oficina: Su seguro requiere un referido? SI NO

¿Cómo se enteró de nosotros (por favor marque)?

Referido Medico Amigo Familiar Conveniente ubicación Seguro Otro _____

Información de Farmacia:

Nombre: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

ANTECEDENTES MEDICO

Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones médicas que usted tiene actualmente:

- Ansiedad
 - Artritis
 - Asma
 - La Fibrilación Auricular (latidos cardiacos irregulares)
 - Agrandamiento de la Próstata Benigna
 - Trasplante de Medula Ósea
 - Cáncer de Ceno
 - Cáncer de Colon
 - Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
 - Enfermedad de la Arteria Coronaria
 - Depresión
 - Diabetes
 - Enfermedad Renal Terminal
 - GERD
 - Perdida de la Audición
 - Hepatitis
 - Hipertensión
 - HIV/sida
 - Hipercolesterolemia (el colesterol alto)
 - Hipertiroidismo
 - Leucemia
 - Cáncer de Próstata
 - Tratamiento de Radiación
 - Convulsiones
 - Ataque Fulminante
 - Otra
-

HISTORIAL QUIRURGICO

Por favor escriba cualquier cirugía que haya tenido en el pasado, junto con la fecha aproximada si la conoce:

HISTORIAL ENFERMEDADES DE LA PIEL

Por favor marque si ha tenido alguna de las enfermedades de la piel:

- Acné
 - Las Queratosis Actínicas
 - Asma
 - Carcinoma de Células Basales
 - Las Quemaduras de Sol con Ampollas
 - Piel Reseca
 - Eczema
 - Cuero Cabelludo Escamoso o Con Picazón
 - Fiebre del Heno/Alergias
 - Melanoma
 - La Hiedra Venenosa
 - Lunares Precancerosos
 - Psoriasis
 - Cáncer de Piel de Células Escamosas
 - Otra:
-

¿Usted usa protector solar? SI o NO

En caso sí, ¿Qué SPF? _____

¿Usted usa el salón de bronceado?

SI o NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Tiene antecedentes familiares con melanoma?

SI o NO

En caso sí, ¿cuál pariente?

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MADRE | <input type="checkbox"/> PADRE | <input type="checkbox"/> HERMANA |
| <input type="checkbox"/> HERMANO | <input type="checkbox"/> HIJA | <input type="checkbox"/> HIJO |
| <input type="checkbox"/> TIO | <input type="checkbox"/> TIA | <input type="checkbox"/> SOBRINO |
| <input type="checkbox"/> SOBRINA | <input type="checkbox"/> ABUELO | <input type="checkbox"/> ABUELA |

MEDICAMENTOS: (Por favor indique, si usted tiene una lista con usted, documento, vea la lista, y dar a la enfermera en la sala de examen (si no, por favor escriba "NADA")

ALERGIAS A MEDICAMENTOS (si no, por favor escriba "NADA")

HISTORIA SOCIAL:

MUJERES SOLAMENTE: Último Periodo Menstrual _____ Menopáusico: Si o No

HISTORIA DE TABAQUISMO:

Fumador Diario Actual Ex Fumador Fumador Infrecuente Nunca

REVISION DEL SISTEMA:

Por favor marque SI o NO para cada uno:

Marcapasos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pre-medicación antes del procedimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergia al adhesive	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Embarazo o embarazo planificación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergia a la lidocaína	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergia al látex	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Latido del corazón rápido con adrenalina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Historial de Melanoma linfáticos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cual es la cartografía de los ganglios
Inmunosupresor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Articulaciones artificiales dentro los últimos dos años	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Válvula de corazón artificial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergia a la crema antibiótico tópica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

MOTIVO DE SU VISITA:
