

NOMBRE: _____ OCUPACIÓN: _____ NOMBRE PREFERIDO: _____ AÑOS: _____
 REFERIDO POR: _____ AFICIONES: _____

HISTORIA MÉDICA GENERAL: ¿Tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

S N ANSIEDAD	S N DEPRESIÓN	S N LEUCEMIA
S N ARTRITIS	S N DIABETES	S N CÁNCER DE PULMÓN
S N JUNTAS ARTIFICIALES	S N ENFERMEDAD RENAL	S N LUPUS
S N ASMA	S N GERD	S N LINFOMA
S N FIBRILACIÓN AURICULAR	S N PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN	S N MIGRAÑAS
S N BPH	S N HEPATITIS	S N MARCAPASOS
S N TRANSPLANTE DE MEDUSA OSEA	S N HIPERTENSIÓN	S N CANCER DE PROSTATA
S N CANCER DE MAMA	S N VIH/SIDA	S N RADIACIÓN
S N CANCER DE COLON	S N HIPERCOLESTEROLEMIA	S N ARTRITIS REUMATOIDE
S N EPOC	S N HIPERTIROIDISMO	S N EMBARGOS
S N ARTERIA CORONARIA	S N HIPOTIROIDISMO	S N INFARTO
NONE / OTHER _____		S N REEMPLAZO DE VALVULA

SURGERIES:

S N ELIMINACION DEL APENDICE	S N REEMPLAZO BIOLÓGICO DE VALVULAS	S N PRÓSTATA QUITADA: Cancer de Prostata
S N ELIMINACION DE LA VEJIGA	S N TRANSPLANTE DE CORAZÓN	S N BIOPSIA DE PROSTATA
S N MASTECTOMIA (derecha, izquierda)	S N REEMPLAZO CONJUNTO, RODILLA (derecha, izquierda)	S N TURP
S N LUMPECTOMIA (derecha, izquierda)	S N REEMPLAZO CONJUNTO, CADERA (derecha, izquierda)	S N BIOPSIA DE PIEL
S N BIOPSIA DE MAMA (derecha, izquierda)	S N TESTICULOS QUITADOS (derecha, izquierda)	S N CARCINOMA DE CÉLULAS BASALES
S N REDUCCIÓN DE BUSTO	S N CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS	S N CIRUGÍA DE MELANOMA
S N IMPLANTES DE PECHO	S N BIOPSIA DEL RIÑÓN	S N RIÑÓN REMOVIDO
S N REEMPLAZO CONJUNTO EN 2 AÑOS	S N PIEDRA DE RIÑÓN REMOVIDO	S N TRANSPLANTE DE RIÑÓN
S N COLECTOMÍA: cancer de colon	S N BAZO REMOVIDO	
S N COLECTOMÍA: Diverticulitis	S N HISTERECTOMIA: Fibroides	S N BYPASS DE LA ARTERIA CORONARIA
S N COLECTOMÍA: inflamatoria intestinal	S N HISTERECTOMIA: Cáncer uterino	
S N GALLBLADDER REMOVIDO	S N REEMPLAZO DE LA VÁLVULA MECÁNICA	
S N OVARIOS ELIMINADOS razón: _____		
S N PTCA		
NONE / OTHER _____		

TIPO DE PIEL:
Si se expone al sol en verano sin protector solar, usted:

3. siempre quema, nunca se broncea; 2. siempre arde, a veces broncea; 3. a veces arde, siempre bronceando gradualmente; 4. Quema mínimamente, siempre broncea bien; 5. rara vez se quema, bronceado profusamente; 6. nunca quemar, profundamente pigmentado

S N ACNE	S N PIEL SECA	S N MELANOMA
S N ACTINIC KERATOSES	S N ECZEMA	S N POISON IVY
S N CÁNCER DE CÉLULAS BASAL	S N FLAKING OR ITCHY SKIN	S N MOLES ANTERIORES
S N BLISTERING SUNBURNS	S N HAY FEVER / ALERGIES	S N PSORIASIS

NINGUNO / OTRO _____

S N CANCER DE CÉLULAS SQUAMOSAS UBICACIÓN DEL CÁNCER DE PIEL: _____ TIPO: _____

TRATADO POR: _____

¿Llevas protector solar? S / N En caso afirmativo, ¿qué SPF? _____ ¿Te bronceas en salones de bronceado? S / N

HISTORIA FAMILIAR:

Marque con un círculo las condiciones que afectan a un pariente de sangre y especifique a quién se afecta a continuación.

Melanoma Cáncer de piel de células basales o de células escamosas Psoriasis Eczema Fiebre del heno / alergias Asma Acné

¿Qué pariente (s)? _____

¿Alguna otra historia familiar? _____

¿Estás embarazada o amamantando? S / N Si no, método de control de la natalidad: _____

¿Está contemplando el embarazo? S / N Ligadura de trompas (tubos atados)? S / N Infecciones por levaduras al tomar antibióticos? S / N

Otros problemas médicos o cirugías: _____

Alergias a medicamentos y tipo de reacción: _____

Medicamentos (con receta, sin receta, vitaminas): _____

HISTORIA SOCIAL: Por favor circule todo lo que corresponda.

FUMAR DE CIGARRILLOS Nunca fumar / Dejar de fumar (ex fumador) / Fuma menos que diariamente / Fuma diariamente

HISTORIA SEXUAL No sexualmente activo / activo con 1 pareja / activo con más de 1 pareja / activo con pareja del mismo género

ILLICIDAD USO DE DROGAS Uso de drogas / IV uso de drogas

USO DE ALCOHOL Ninguno / Menos de 1 bebida al día / 1-2 bebidas al día / 3 o más bebidas al día

SEGURIDAD Me siento seguro en casa / No me siento seguro en casa