

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

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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO ANSIEDAD | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO DEPRESIÓN | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO LEUCEMIA |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO ARTRITIS | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO DIABETES | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO CÁNCER DE PULMÓN |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO JUNTAS ARTIFICIALES | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO ENFERMEDAD RENAL | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO LUPUS |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO ASMA | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO GERD | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO LINFOMA |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO FIBRILACIÓN AURICULAR | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO MIGRAÑAS |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO BPH | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO HEPATITIS | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO MARCAPASOS |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO TRANSPLANTE DE MEDUSA OSEA | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO CANCER DE PROSTATA |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO CANCER DE MAMA | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO RADIACIÓN |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO CANCER DE COLON | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO HIPERCOLESTEROLEMIA | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO ARTRITIS REUMATOIDE |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO EPOC | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO HIPERTIROIDISMO | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO EMBARGOS |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO ARTERIA CORONARIA | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO HIPOTIROIDISMO | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO INFARTO |
| <input type="checkbox"/> NONE / OTHER _____ | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O REEMPLAZO DE VALVULA |

SURGERIES:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO ELIMINACION DEL APENDICE | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO REEMPLAZO BIOLÓGICO DE VALVULAS | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO PRÓSTATA QUITADA:
Cancer de Prostata |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO ELIMINACION DE LA VEJIGA | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO TRANSPLANTE DE CORAZÓN | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO BIOPSIA DE PROSTATA |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO MASTECTOMÍA (derecha, izquierda) | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO REEMPLAZO CONJUNTO, RODILLA
(derecha, izquierda) | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO TURP |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO LUMPECTOMÍA (derecha, izquierda) | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO REEMPLAZO CONJUNTO, CADERA
(derecha, izquierda) | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO BIOPSIA DE PIEL |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO BIOPSIA DE MAMA (derecha, izquierda) | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO TESTICULOS QUITADOS (derecha, izquierda) | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO CARCINOMA DE
CÉLULAS BASALES |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO REDUCCIÓN DE BUSTO | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO CIRUGÍA DE MELANOMA |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO IMPLANTES DE PECHO | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO BIOPSIA DEL RIÑÓN | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO RIÑÓN REMOVIDO |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO REEMPLAZO CONJUNTO EN 2 AÑOS | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO PIEDRA DE RIÑÓN REMOVIDO | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO TRANSPLANTE DE RIÑÓN |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO COLECTOMÍA: cancer de colon | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO BAZO REMOVIDO | |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO COLECTOMÍA: Diverticulitis | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO HISTERECTOMIA: Fibroides | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO BYPASS DE LA ARTERIA
CORONARIA |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO COLECTOMÍA: inflamatoria intestinal | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO HISTERECTOMIA:
Cáncer uterino | |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO GALLBLADDER REMOVIDO | <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO REEMPLAZO DE LA VÁLVULA MECÁNICA | |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO OVARIOS ELIMINADOS
razón: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> NO PTCA | | |
| <input type="checkbox"/> 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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ACNE N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N PIEL SECA N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N MELANOMA N |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ACTINIC KERATOSES N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ECZEMA N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N POISON IVY N |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N CÁNCER DE CÉLULAS BASAL N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N FLAKING OR ITCHY SKIN N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N MOLES ANTERIORES N |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N BLISTERING SUNBURNS N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N HAY FEVER / ALERGIES N | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N PSORIASIS N |

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 N

HISTORIA FAMILIAR: N

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 N Ligadura de trompas (tubos atados)? S / N N Infecciones por levaduras al tomar antibióticos? S / N 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 Fuma diariamente

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

ILLICIDAD USO DE DROGAS Uso de drogas / IV 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 3 o más bebidas al día

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