

Formulario de antecedentes de nuevos pacientes adultos	
Nombre y apellido: _____	
Fecha de nacimiento: _____	
Número de registro médico: _____	<i>(si lo sabe)</i>

MÉDICO DE CABECERA:

Nombre del médico: _____
 Dirección del médico: _____
 Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____
 Teléfono () _____

Fue remitido por algún médico al Servicio de Dermatología? No Sí

Los mismos datos anteriores

Nombre del médico: _____
 Dirección del médico: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono () _____

Autorizo al Servicio de Dermatología para que deje mensajes en(seleccione):

Teléfono de domicilio () _____

Diurno/trabajo () _____

Celular () _____

PROBLEMA(S) ACTUALES:

Cuál es el motivo de su consulta? _____

ANTECEDENTES:

Tiene algún problema de salud? Seleccione la casilla con una marca de verificación ✓ y complete.

Diabetes Asma Enfermedad del hígado Fiebre del heno Tensión alta

Cáncer (qué tipo) _____ Otro _____

Tiene un marcapasos?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
Tiene algún reemplazo de articulaciones?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
Tiene una válvula cardíaca artificial?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
Debe tomar antibióticos antes de ir al dentista?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Por qué?
Ha usado cámaras de bronceado?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	

MEDICAMENTOS: Habitualmente toma medicamentos recetados o de venta libre? Enumere:

(1) _____	(2) _____	(3) _____
(4) _____	(5) _____	(6) _____

Tiene alergia a algún medicamento? NO SÍ Si contestó sí, enumere: _____

Toma medicamentos anticoagulantes? NO SÍ Si contestó sí, enumere: _____

Ha tomado aspirina en las últimas 48 horas? NO SÍ

Voltear y completar al reverso

Tiene antecedentes personales de lo siguiente?	Sí	No	
Cáncer de piel melanoma			
Cáncer de piel de células basales			
Cáncer de piel de células escamosas			
Psoriasis			
Eccema			

Algún familiar suyo tiene antecedentes personales de lo siguiente?	Sí	No	Si contestó sí, anote el parentesco (madre/padre/hijo/hermano)
Cáncer de piel melanoma			
Cáncer de piel de células basales			
Cáncer de piel de células escamosas			
Eccema			
Psoriasis			

ANTECEDENTES SOCIALES:

Oficio: A qué se dedica? _____

Alcohol: Habitualmente toma bebidas alcohólicas? Sí No

Tabaco: Díganos sobre su hábito de fumar:

Nunca fumé Ahora fumo todos los días Ahora fumo algunos días Fumé en el pasado

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS: Actualmente o en el pasado ha presentado problemas con lo siguiente:

Por favor, detalle:

	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
SALUD EN GENERAL	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
OJOS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
OÍDO/NARIZ/BOCA/GARGANTA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
CORAZON	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
HIGADO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
PULMONES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
ESTÓMAGO/INTESTINOS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
RINONES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
DOLOR DE CABEZA/CONVULSIÓN	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
TIROIDES/DIABETES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
SANGRE/TRASTORNO HEMORRAGICO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
MUJER: ESTÁ EMBARAZADA?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
TIENE PLANIFICADO EMBARAZARSE?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	

Autorizo al Servicio de Dermatología para que divulgue mi información clínica a los médicos remitentes.

Firma del paciente
Patient's Signature

Fecha de hoy
Today's Date

Firma del médico
Physician Signature

Fecha de hoy
Today's Date