

Brentwood Skin Clinic Forma de Historia Medica

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Peso: _____ Altura: _____

Dermatología/Historia de la piel

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Acné | <input type="radio"/> Piel seca | <input type="radio"/> Carcinoma de células escamosas de piel |
| <input type="radio"/> Verrugas | <input type="radio"/> Marcas en la piel | <input type="radio"/> Carcinoma de células basales de piel |
| <input type="radio"/> Lunares anormales | <input type="radio"/> Eczema | <input type="radio"/> Melanoma maligno |
| <input type="radio"/> Alergias/Fiebre del heno | <input type="radio"/> Lunares precancerológicos | <input type="radio"/> Queratosis actínica |
| <input type="radio"/> Quemaduras solares con ampollas | <input type="radio"/> Psoriasis | <input type="radio"/> Lunares atípicos |
| <input type="radio"/> Herpes labial/fiebre Ampollas | <input type="radio"/> Hiedra venenosa/roble | <input type="radio"/> Foliculitis (en pelos crecidos) |
| <input type="radio"/> Queratosis seborreica | <input type="radio"/> Rosácea | <input type="radio"/> Picazón o descamación en la cabeza |

¿Usas protector solar? Sí No

En caso afirmación, ¿qué SPF? _____

¿Utilizas un salón de bronceado? Sí No

¿Tiene antecedentes familiares de melanoma? Sí No *Si Corresponde, cual familiar:* _____

Estado de tabaquismo

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> NUNCA | <input type="radio"/> Fumador ocasional | <i>Si Corresponde</i> |
| <input type="radio"/> Ex fumador | <input type="radio"/> Fumador diario | Número de paquetes por día: _____ |
| <input type="radio"/> Tabaco de mascar | <input type="radio"/> Cigarrillo electrónico/Vape | Número total de años de consumo de tabaco: _____ |

Consumo de alcohol

- | | | |
|---|---|-------------|
| <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> 1-2 bebidas por día | Otro: _____ |
| <input type="radio"/> Menos de 1 bebida por día | <input type="radio"/> 3+ bebidas por | |

Historia social

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> No sexualmente activo | <input type="radio"/> El paciente conduce durante el día |
| <input type="radio"/> Sexualmente activo con una pareja | <input type="radio"/> Paciente conduce por la noche |
| <input type="radio"/> Sexualmente activo con múltiples parejas | <input type="radio"/> Tú, el paciente, se sientete seguro en casa? SI NO |
| <input type="radio"/> Ejercicio del paciente | En caso que si, # de dias a la semana _____ |
| <input type="radio"/> Paciente consume cafeína | En caso que si, # de bebidas por dia _____ |

Solo pacientes femeninas

Último ciclo menstrual: _____ Esta embarazada? Sí No ¿Estás amamantando? Sí no

¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía? Sí o No

En caso que si, ¿cuándo (edad/año)? _____

¿Ha recibido una vacuna contra la gripe este año? Sí o No

En caso que si, ¿cuándo (fecha aproximada)? _____

¿Ha recibido la vacuna contra el herpes zóster? Sí o No

En caso que si, ¿cuándo (edad/año)? _____

¿Tiene un Plan de Atención Avanzada? Sí No

¿Tiene un tomador de decisiones sustituto? ¿O poder notarial? Sí No, no lo sé

En caso que si, quién: nombre, número de teléfono y relación

Condiciones médicas

Describe cualquier afección médica que tenga actualmente

NINGUNO

Otros _____

Medicamentos

Por favor, especifique todos los medicamentos que está tomando presentemente o proporciónenos una copia que podamos escanear

Droga: _____ Dosificación _____ Frecuencia _____ Razón _____

Droga: _____ Dosificación _____ Frecuencia _____ Razón _____

Droga: _____ Dosificación _____ Frecuencia _____ Razón _____

Droga: _____ Dosificación _____ Frecuencia _____ Razón _____

Droga: _____ Dosificación _____ Frecuencia _____ Razón _____

Alergias

Por favor, especifique las alergias conocidas (medio ambiente, medicamentos, alimentos), así como el tipo de reacción y el nivel de gravedad

NINGUNO

Otros _____

Cirugías relacionadas con la piel o cualquier otra cosa que le gustaría revelar:
