

Historial Médico

Seleccione cualquiera de las siguientes condiciones médicas que usted tenga:

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| Ansiedad Anxiety | EPOC COPD | Hepatitis Hepatitis | Cáncer de Pulmón Lung Cancer |
| Artritis Arthritis | Cardiopatía isquémica Coronary Artery Disease | Hipertensión Hypertension | Linfoma Lymphoma |
| Asma Asthma | Depresión Depression | VIH/SIDA HIV/AIDS | Cáncer de Próstata Prostate Cancer |
| Fibrilación Auricular A.Fib | Diabetes Diabetes | Hipercolesterolemia Hypercholesterolemia | Tratamiento de Radiación Radiation Tx |
| Hiperplasia Prostática Benigna BPH | Enfermedad Renal Terminal End Stage Renal Dz | Hipertiroidismo Hyperthyroidism | Convulsiones Seizures |
| Cáncer de Seno Breast Cancer | Reflujo Gastroesofágico GERD | Hipotiroidismo Hypothyroidism | Derrame Cerebral Stroke |
| Cáncer de Colon Colon Cancer | Pérdida de la Audición Hearing Loss | Leucemia Leukemia | Otras Other: _____ |

Cirugías Anteriores (Past Surgeries): _____

Ha tenido alguna de las siguientes condiciones de la piel? (Skin History)

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|-----------------------------|
| Ácne Acne | Quemaduras solares severas Sunburns | Fiebre del Heno/Alergias Hay Fever/Allergy | Psoriasis |
| Queratosis Actínica Actinic Keratosis | Piel Seca Dry Skin | Melanoma | Carcinoma espinocelular scc |
| Asma Asthma | Eczema | Hiedra Venenosa Poison Ivy | Otras Other: _____ |
| Carcinoma de células basales BCC | Descamación en el cuero cabelludo Flaking | Lunares Precancerosos Precancer Moles | _____ |

Usa Protector Solar? Do you wear sunscreen? [Sí Yes] [No] SPF: _____

¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de piel? Family History of Skin Cancer? Sí Yes No

Si tiene, ¿qué pariente? If YES, which relative? _____

Si tiene, ¿qué tipo? Which type?: [Carcinoma de células basales (BCC)] [Carcinoma espinocelular (SCC)] [Melanoma] [Desconocido (Unknown)]

¿Estas tomando alguna medicación? Are you currently taking any medications? [Sí Yes (por favor liste abajo)] [NO]

Alergias a medicamentos (Drug Allergies) [Sí Yes (por favor liste abajo)] [NO]

Vacunas (fecha de recepción) Vaccinations: Neumonía Pneumonia: ____/____ **Vacuna contra la gripe Flu shot:** ____/____

Consumo de alcohol Alcohol Usage: [No Toma NONE] [Una bebida por día <1 QD] [1-2 por día 1-2 QD] [Más de 3 bebidas por día 3+ QD]

Fumar Smoking Status: [Fuma todos los días EVERY DAY] [Fuma algunos días SOME DAYS] [Dejo de fumar FORMER SMOKER] [Nunca fumó NEVER SMOKER]

Por favor circule cualquier problema médico que tenga (ROS):

- [Presión Alta High Blood Pressure] [Problemas Tiroides Thyroid Probs] [Asma/Fiebre del Heno Asthma/Hay Fever] [Erupciones Rash] [Debilidad Muscular Muscle weakness]
- [Dolor de Pecho Chest Pain] [Anemia Anemia] [Enfisema Emphysema] [Inmunosupresión Immunosuppression] [Rigidez del Cuello Neck stiffness]
- [Ataque al Corazón Heart Attack] [Transfusión de sangre Blood transfusion] [Malestar Malaise] [Sudores Nocturnos Night sweats] [Convulsiones Seizures]
- [Falta de aire Shortness of breath] [Cáncer Cancer] [Fiebre/Escalofríos Fever or Chills] [Dolor de Garganta Sore throat] [Tos Cough]
- [Derrame Stroke] [Esclerosis Múltiple/Entumecimiento Multiple Sclerosis (Numb)] [Dolor de Cabeza Headache] [Visión Borrosa Blurry Vision] [Estornudos Wheezing]
- [Pérdida de Peso Weight Loss] [Lupus Lupus] [Problemas con el Sangrado Problems with bleeding] [Dolor Abdominal Abdominal Pain] [Ansiedad Anxiety]
- [Depresión Depression] [Artritis/ Dolor Muscular Arthritis/Muscle Pain] [Problemas con la Cicatrización Problems with healing] [Heces con sangre Bloody Stool]
- [Diabetes Diabetes] [Enfermedad Reumática Rheumatic Disease] [Problemas con la Cicatrización Problems with scarring] [Hematuria Bloody Urine]
- [Articulaciones Artificiales Artificial joints] [Válvula cardíaca Artificial heart valve] [Marcapasos/Desfibrilador Pacemaker/defibrillator] [Tuberculosis Tuberculosis]
- [Coágulos de sangre Blood clots] [Problemas de Riñones Kidney problems] [Anticoagulantes Blood thinners] [VIH/SIDA AIDS/HIV] [MRSA MRSA]
- [Hepatitis B o C Hepatitis B or C] [Alergia a la lidocaína Allergy to Lidocaine] [Alergia a los adhesivos Allergy to adhesives/bandages] [Alergia al látex Allergy to latex]
- [La alergia a los antibióticos tópicos Allergy to antibiotic ointment] [Latido del corazón rápido con adrenalina Rapid heart beat w/ epi]
- [Problemas del hígado Liver problems] [Embarazo o planea un embarazo Pregnant or Planning pregnancy]