

# Ideal Dermatology: formulario de antecedentes médicos

## Información personal:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de preferencia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Profesional de atención primaria: \_\_\_\_\_

Farmacia y ubicación: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría tener acceso a su portal de paciente? SÍ/NO

Contacto de emergencia: (Nombre y número de teléfono):  
\_\_\_\_\_

## Antecedentes médicos actuales/pasados: (Marcar todas las que correspondan)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                   | <input type="checkbox"/> Depresión                              | <input type="checkbox"/> Leucemia              |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                  | <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo: _____)                 | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón      |
| <input type="checkbox"/> Asma I                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal terminal              | <input type="checkbox"/> Linfoma               |
| <input type="checkbox"/> Artritis                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Cáncer de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular     | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición                 | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral       |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de médula ósea | <input type="checkbox"/> Hepatitis                              | <input type="checkbox"/> Otro: _____           |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de mama            | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                        | _____  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de colon           | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta                 |  |
| <input type="checkbox"/> COPD                      | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                               |  |
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria    | <input type="checkbox"/> Hiper/Hipotiroidismo                   |  |

¿Fuma en la actualidad? SÍ/NO

¿Está embarazada o intentando quedar embarazada en la actualidad? SÍ/NO

## **Antecedentes de enfermedades dermatológicas:** (Marque todas las que correspondan)

- Ninguna  Acné  Queratosis actínica  Carcinoma de células basales (Ubicación: \_\_\_\_\_)
- Ampollas por quemaduras solares  Piel seca  Eczema  Cuero cabelludo descamado y con picazón  Rinitis alérgica/Alergia  Melanoma (Ubicación: \_\_\_\_\_)  Erupción por hiedra venenosa  Lunares precancerígenos  Psoriasis  Carcinoma de células escamosas (Ubicación: \_\_\_\_\_) Otra: \_\_\_\_\_

¿Utiliza protector solar? SÍ/NO. Si contestó que sí, ¿qué factor? \_\_\_\_\_

¿Utiliza camas solares? SÍ/NO

¿Tiene antecedentes familiares de melanoma? SÍ/NO. Si contestó que sí, ¿qué familiar?  
\_\_\_\_\_

Medicamentos: (Enumere todos los suplementos herbolarios y los medicamentos recetados, incluidas la dosificación):

---

---

---

---

Enumere todas las cirugías de importancia:

---

---

Alergias y sensibilidades:

¿Es alérgico a algún medicamento o anestesia local? Sí/NO. Si contestó que sí, enumere:

---

Alertas: (Marque todas las que correspondan) Alergia a adhesivos Alergia a la lidocaína Alergia a antibióticos tópicos Válvula cardíaca artificial Reemplazo de articulaciones artificiales Anticoagulantes Desfibrilador Antecedentes de MRSA Marcapasos Ninguna

He leído este cuestionario y divulgado mis antecedentes médicos según mi leal saber y entender.

Paciente/Tutor legal (imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

*ideal*