

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