

**Informacion General**

| Primer Nombre | Medio Nombre | Apellido |
| --- | --- | --- |
| Fecha de nacimiento | Social  |  Hombre Mujer |
| Peso | Altura | Identidad de genero: |
| Doctor Primario |
| Como escuchaste de nosotros |

**Informacion de Contacto**

| Direccion  | Ciudad | Estado Codigo Postal |
| --- | --- | --- |
| Numero de Celular | Numero de Casa  | Correo Electronico |
| Otro Numero | Preferido metodo de communicacion  |
| Status de Empleo | Empleador |

**Persona Responsable**

| Primer Nombre | Apellido | Relacion con el Paciente |
| --- | --- | --- |
| Direccion | Ciudad | Estado Codigo Postal  |
| Numero de Celular | Numero de Casa | Correo Electronico |

Complete esta seccion si el paciente NO es el proprietario de la póliza o si el paciente es menor de edad.

**Contacto de Emergencia**

* Chequea aqui si el contacto de emergencia es el mismo contacto que es responsable en la section de arriba. Omitir esta seccion

| Primer Nombre | Apellido | Relacion al Paciente |
| --- | --- | --- |
| Direccion | Ciudad | Estado Codigo Postal  |
| Numero de Celular | Numero de Casa | Correo Electronico |

**Favorita Farmacia**

| Nombre | Telefono |
| --- | --- |
| Direccion | Ciudad | Estado Codigo Postal  |

**Alergias**

| * No Alergias
 | * Latex
 | * Penicilina
 |
| --- | --- | --- |
| * Otras
 |

**Medicamentos**

* Por favor liste todos los medicamentos que esta tomando incluyendo vitaminas, aspirina, suplementos, hierbas, medicamentos sin recetas

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Condiciones de la Piel**

* Por favor seleccionar si tienes alguna condicion medica que esta en la lista. Si no esta en la lista, por favor escribirlo abajo

| * Ninguna historia medica
 | * Acne
 | * Queratosis Actinica/AKs
 |
| --- | --- | --- |
| * Carcinoma Basocelular/ BCC
 | * Lunares Displasicos
 | * Eccema/ Dermatitis Atopica
 |
| * Queloides
 | * Melanoma Maligno
 | * soriasis
 |
| * Cáncer de piel de células escamosas/SCC
 |
| * Otras
 |

**Condiciones Medicas**

* Por favor seleccionar si tienes alguna condicion medica que esta en la lista. Si no esta en la lista, por favor escribirlo abajo

| * Ninguna historia medica
 | * Ansiedad/Depresión
 | * Artritis
 |
| --- | --- | --- |
| * Asma
 | * Trastorno de la coagulación de la sangre
 | * Enfermedad de Crohn
 |
| * Cancer:
 | * Diabetes
 | * HIV Positivo
 |
| * Ataque de Corazon
 | * Enfermedad del Corazon
 | * insuficiencia cardiaca
 |
| * Hepatitis B
 | * Hepatitis C
 | * Hipertensión
 |
| * Enfermedad del Rinon
 | * Enfermedad del Igado
 | * Lupus
 |
| * Enfermedad Mental
 | * Migrana
 | * Alergias Estacionales
 |
| * Incauntacion
 | * Ulcera del Estomago
 | * Derrame Cerebral
 |
| * Enfermedad de la Tiroides
 | * Tuberculoses
 | * Colitis Ulcerosa
 |
| * Otra:
 |

**Cirugia Pasadas**

| * Ninguna historia medica
 | * Transplante de Medula Osea
 | * Reemplazo de la válvula cardíaca
 |
| --- | --- | --- |
| * Implante de desfibrilador cardiaco interno
 | * Reemplazo de la articulación
 | * Transplante de Organo
 |
| * implante de marcapasos cardiaco
 | * Mohs/ Cirugia del cancer de la piel
 |  |
| * Otra:
 |

**Historia Familiar**

* En caso afirmativo, por favor incluir la persona

| * Eccema/ Dermatitis Atopica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * Carcinoma Basocelular/ BCC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * Cáncer de piel de células escamosas/SCC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| --- | --- | --- |
| * Cancer de la Piel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * soriasis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * Melanoma Maligno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| * Otra:
 |

| **Historia Obstetrica** | * No aplica
 | * embarazada
 | * Mama esta amamantamiento
 |
| --- | --- | --- | --- |
| **Historia de exposiciones** | exposición excesiva?* SI
* NO
 | bronceado de la piel/ cama de bronceado?* SI
* NO
 | Exposición a Radiacion? * SI
* NO
 | Usa Protector Solar?* SI
* NO
 |
| **Estatus de uso de Tabaco** | * No Fuma
 | * Fuma
 | * Ex- Fumador
 |
| **Consumo de Alcohol** | * Uso social del bebedor
 | * Uso Excisiovo del Bebedor
 | * No bebe
 |
| **Estatus Marital** | * Casado
 | * Soltero
 | * Divorciado
 | * Viudo
 |
| **Vacunas** | Te han puesto la vacuna de la GripaEste año?* SI
* NO
 | Si tienes mas de 65 años, te han puesto la vacuna de la neumonia?* SI
* NO
 |
| **Directiva Anticipada** | Si tienes mas de 65 años, tienes un plan de directiva anticipada?* SI
* NO
 |