

**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 Gripa  Este 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 | | | |