

ESTE ES UN FORMULARIO A DOS CARAS.

Completa por completo ambos lados. Si no, esto puede causar mas tiempo de espera.



PARA LA OFICINA SOLAMENTE: The below medical history has been reviewed ____ (MD). ____ Referral Note to PMD →SCAN
 FBSE? Yes No Needs translator? Yes No

Fecha de Hoy ___/___/___

Referido por (Doctor Primario): _____

Nombre del paciente _____ H M Fecha de Nacimiento ___/___/___ Etnicidad _____

Todos los Razones por su visita hoy: 1) _____
 2) _____ 3) _____

Indique todo medicamento de piel y también medicamentos o productos sin receta que este usando:

¿Ha tenido cáncer de piel? Si No Si, que tipo: _____ Cuando? _____
 ¿Tiene un historial de una enfermedad de piel especifica? Si No Si, indique: _____
 ¿Quiere quitarle la ropa para un examen completo de su piel del medico? Si No
 ¿Tiene algunos lunares que estan cambiando? Si No Si, donde: _____
 ¿Es alérgico a algún medicamento? Si No En caso afirmativo, indique _____
 Indique todo **medicamento** que este tomando actualmente (incluyendo medicamentos sin receta, vitaminas, yerbas): _____

Farmacia: Por favor haz un círculo en la última página

Liste cualquier procedimiento/hospitalización: _____

Tiene usted ahora, o alguna vez ha tenido estas enfermedades o condiciones de: (Si, por favor explique)

	Si	NO	Explique
Ojos/Glaucoma	_____	_____	Explique _____
Corazón/marcapasos	_____	_____	Explique _____
Tiene un marcapasos??	_____	_____	
Oreja/Nariz/Garganta/Boca	_____	_____	Explique _____
Presión alta	_____	_____	
Diabetes	_____	_____	
Enfermedad de tiroides	_____	_____	
Enfermedad de Renal	_____	_____	Dialisis? _____
Depresión	_____	_____	
Enfermedad Psiquiátrico (ie esquizofrenia)	_____	_____	Explique _____
Estomago/Hidalgo/Enfermedad Intestino	_____	_____	Tipo _____
Convulsiones/Enfermedad Neurológico	_____	_____	Tipo _____
Cáncer	_____	_____	Tipo _____
Artritis	_____	_____	Pso, Rheum, Osteo?
Alergias estacionales	_____	_____	
Asma	_____	_____	
Enfermedad Autoimmune (Lupus)	_____	_____	Explique _____
HIV	_____	_____	CD4 cuenta _____
Hepatitis B	_____	_____	
Hepatitis C	_____	_____	
Indique cualquier otra condición :	_____	_____	_____

Por favor **circule** cualquier **síntomas** que has tenido o notado: **General:** cambio de peso/energía/fuerzas o tolerancia en el ejercicio
Cabeza: dolor de cabeza, vértigo, lesiones en la cabeza **Ojos:** cambio en su visión, viendo doble, lagrimeo, parcial perdida de visión, dolor en el ojo
Orejas: cambio en oír, zumbid o, sangrando,, vértigo/ mareos **Nariz:** sangrando por la nariz, secreción nasal, obstrucción, aprobación de la gestión **Boca:** dificultades dentales, sangrando en los gingivitis, usas dentadura **Cuello:** rigidez, dolor, sensibilidad, masas **Seno:** grumos, rigidez, hinchazón, secreción del pezón, **Pecho:** falta de aliento, sibilancias, tos con sangre, tos crónica
Corazón: dolor de pecho, palpitaciones, sincope
Abdomen: cambio en apetito, dificultad tragando, dolor abdominal, cambios en los hábitos intestinales, sangre en las heces **GU:** orinar con urgencia, dolor en orinar, cambio en naturaleza del orine, **Mujer Ginecólogo:** cambio o dolor en menstruación, descargo vaginal, dolor en la pélvica
Muscular: dolor en los músculos o articulaciones, limitación en cuanto pueda moverse, entumecimiento **Neurológico:** débil, temores, convulsiones, pierde coordinación **Psiquiátrico:** síntomas depresivos, cambios en dormir o en manera de pensar.

Ocupación (pasado o presente): _____ **Aficiones** _____

Fuma: No Dejo de Fumar Si ___ Paquetes/al día **Alcohol/Drug abuse:** No Si

¿Mujeres, hay posibilidad que este **embarazada**?: No Si ¿Esta dando pecho? No Si

Alguna de estas enfermedades corren en su **familia**: Psoriasis Eczema Asma Alergias estacionales Cáncer
 Diabetes Artritis Enfermedad del corazón Cáncer de piel: células basales ___ células escamosas ___ Melanoma _____

Cuando estas en el sol: solo te bronceas bronceas y te quemas solo te quemas

Alguna vez ha desarrollado un queloide (cicatriz grande después de la cirugía) Si No

¿Se pone protector? Diario Solo cuando estas afuera Nunca

¿Has usado una cabina para broncear? En actualidad En el pasado Nunca

Qual les tu farmacia preferida (nombre y called)?