

**Formulario de historia clínica**

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

Sr. / Sra. / Srta. / Dr. **(Círculo Uno)**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AA) \_\_\_\_\_ Sexo: M / F **(Círculo Uno)** Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado civil: **(Círculo uno)** Casado Soltero Divorciado Viudo Otro: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Cross Calles: \_\_\_\_\_

**Sí / No** ¿Tiene una tarjeta separada para los beneficios de los medicamentos recetados?

**En caso afirmativo, entregue la tarjeta de beneficios al representante de servicio al paciente cuando se registre.**

Motivo(s) para la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_ Proveedor Referido \_\_\_\_\_

**Por favor, escriba en una respuesta o círculo sí o no a todas las preguntas a continuación.**

**Historial médico:**

¿Te han diagnosticado previamente alguno de los siguientes? **(Encierre en un círculo todo lo que corresponda o encierre en un círculo ninguno).**

- |                                                     |                                         |                          |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| Ansiedad                                            | Enfermedad de las arterias coronarias   | Hipertiroidismo          |
| Artritis                                            | Depresión                               | Hipotiroidismo           |
| Asma                                                | Diabetes                                | Leucemia                 |
| Fibrilación auricular/latidos cardíacos irregulares | Insuficiencia renal terminal            | Cáncer de pulmón         |
| Hiperplasia prostática benigna                      | Enfermedad por reflujo gastrointestinal | Linfoma                  |
| Trasplante de médula ósea                           | Pérdida auditiva                        | Cáncer de próstata       |
| Cáncer de mama                                      | Hepatitis                               | Tratamiento de radiación |
| Problemas de sangrado                               | Presión arterial alta                   | Convulsiones             |
| Cáncer de colon                                     | VIH/SIDA                                | Golpe                    |
| EPOC                                                | Colesterol alto                         | <b>NINGUNO</b>           |

Enumere cualquier otra enfermedad o condiciones: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier procedimiento quirúrgico que haya tenido en los últimos 24 meses:

**Sí / No** ¿Tiene un plan de atención anticipada? En caso **afirmativo**, indique el nombre y el número de contacto de la persona a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_

**Historial de enfermedades de la piel: (Encierre en un círculo todos los que se aplican o marque con un círculo ninguno).**

- |                                                            |                                               |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Acné                                                       | descamación o picazón en el cuero cabelludo   |
| Queratosis actínica/lesiones precancerosas                 | Melanoma                                      |
| Lunares atípicos <b>(solo si lo diagnostica un médico)</b> | Psoriasis                                     |
| Carcinoma de células basales/cáncer de piel                | Carcinoma de células escamosas/cáncer de piel |
| Quemaduras solares con ampollas                            | <b>NINGUNA</b>                                |
| Piel seca                                                  | Otro: _____                                   |
| Eczema                                                     |                                               |

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_

**Sí / No** ¿Usas protector solar? **Si es así, ¿qué SPF?** \_\_\_\_\_

**Sí / No** ¿Está usando actualmente una cama de bronceado?

**Historial médico familiar:**

**Sí / No** ¿Tiene antecedentes familiares de MELANOMA?

En caso afirmativo, ¿qué parientes? **(Encierre en un círculo todo lo que corresponda).**

Madre Padre Hermano Hermana Hija Hijo Abuela Abuelo Sobrino Sobrina Otro:

**Medicamentos:**

Haga una lista de todos los medicamentos que esté tomando actualmente. Incluya medicamentos recetados de venta libre, vitaminas y hierbas. Use papel adicional si es necesario. Por favor, notifique a nuestra oficina si se niega a que su lista de medicamentos sea importada de las farmacias participantes. **ENTREGUE SU TARJETA DE SEGURO DE FARMACIA A LA OFICINA PRINCIPAL AL MOMENTO DEL CHECK-IN PARA AYUDAR A FACILITAR QUE SUS MEDICAMENTOS ESTÉN AUTORIZADOS CORRECTAMENTE.**

<b>NOMBRE</b>	<b>FUERZA/CANTIDAD DOSIS (tableta, cápsula, etc.)</b>	<b>FRECUENCIA</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Alergias:**

**Sí / No** ¿Eres alérgico a algún medicamento?

En **caso afirmativo**, enumere todos los medicamentos: \_\_\_\_\_

**Historia social:**

**Sí / No** ¿Eres fumador actual? Fumador de cigarrillos / Fumador de cigarros / Ambos **(Círculo uno.)**

Total de años fumando: \_\_\_\_\_ Si sí, ¿cuántos paquetes fuma por día?

**Sí / No** ¿Eres un exfumador?

Total de años fumados: \_\_\_\_\_ Si sí, ¿cuántos paquetes fumó por día?

**Sí / No / No estoy seguro** ¿Desarrolla cicatrices queloides (levantadas) después de la cirugía?

**Sí / No / No estoy seguro** ¿Sangra fácilmente?

**¿Ha tenido problemas previos con alguno de los siguientes? (Encierre en un círculo todo lo que corresponda o encierre en un círculo ninguno).**

Reacción alérgica a los vendajes adhesivos	Desfibrilador
Reacción alérgica a los ungüentos antibióticos tópicos	SARM (en inglés)
Válvula cardíaca artificial	Marcapasos
Articulaciones artificiales en los últimos 2 años	Premedicación antes de los procedimientos
Anticoagulantes	Latidos cardíacos rápidos con epinefrina/anestesia local
<b>OTRO:</b> _____	<b>NINGUNO</b>