

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Razón de la visita: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Estatura/Peso: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

Farmacia (Nombre & Dirección): \_\_\_\_\_ Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_

## Medicamentos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Alergias

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Revisión de sistemas: ¿Está experimentando *actualmente* alguno de los siguientes? (Marque todas las que correspondan)

Antecedentes de melanoma	Sudores nocturnos	Rigidez de cuello	Hipertensión arterial
Problemas de sangrado	Pérdida de peso	Dolores de cabeza	Diabetes
Problemas de cicatrización	Problemas de tiroides	Convulsiones	Infecciones por hongos con uso de antibióticos
Erupción	Dolor de garganta	Tos	<b>NINGUNO</b>
Inmunosupresión	Visión borrosa	Dificultad para respirar	
Fiebre del heno	Dolor abdominal	Sibilancias	
Dolor de pecho	Dolores articulares	Ansiedad, depresión	
Fiebre o escalofríos	Debilidad muscular		

### Alertas: (encierre en un círculo todas las que correspondan)

Alergia al adhesivo	Anticoagulantes	Latido cardíaco rápido con epinefrina
Alergia a la lidocaína	Desfibrilador	VIH
Alergia a los ungüentos antibióticos	MRSA	Hepatitis
Alergia al látex	Marcapasos	<b>NINGUNO</b>
Válvula cardíaca artificial	Articulaciones artificiales en los últimos 2 años	Medicación antes de los procedimientos

Historia Médica Pasada \_\_\_\_\_

Historia Médica Familiar: \_\_\_\_\_

Cirugías previas: \_\_\_\_\_

### Historia de la Piel (encierre en un círculo todas las que correspondan)

Acné	Eczema	Quemadura de sol
Keratosis actínica	Melanoma maligno	Historia familiar de melanoma
Cáncer de piel	Picazón en el cuero cabelludo	<b>NINGUNO</b>
Lunares precancerosos	Soriasis	

### Historia Social

Hábitos de fumar (circule uno)      Nunca fumador      Fumador previo      Fumador actual

¿Alguna vez recibió la vacuna contra la neumonía?      **SÍ**      **NO**

¿Recibió la vacuna contra la influenza este año?      **SÍ**      **NO**

¿Alguien más toma sus decisiones de atención médica?      **SÍ**      **NO**

¿Está embarazada, amamantando o planeando un embarazo actualmente?      **SÍ**      **NO**

Ocupación: \_\_\_\_\_