

SOUTHEASTERN DERMATOLOGY GROUP, P. A.
Especialistas en Dermatología de Alabama, Florida, Georgia y Mississippi
877.231.DERM (3376)

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Alguna vez ha tenido cáncer de piel? S / N En caso afirmativo, ¿se trató de células basales, células escamosas o melanoma? _____

¿Dónde estaba localizado? ¿Cómo y cuándo fue tratado? _____

¿Tiene antecedentes familiares con células basales, células escamosas o melanoma? _____

¿Tiene piel seca, eczema o psoriasis? _____

¿Algún miembro de su familia tiene piel seca, eczema o psoriasis? _____

¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos al día fuma? _____

El año pasado ¿tomó alguna bebida que contuviera alcohol? Sí No

Si la respuesta es afirmativa: El año pasado, ¿con qué frecuencia tomó seis o más bebidas en **UNA** ocasión?

Nunca Menos que mensual Mensualmente Semanalmente A diario o casi diario

Si la respuesta es afirmativa: El año pasado, ¿cuántas bebidas tomó en un día típico cuando bebía?

1 o 2 3 ó 4 5 o 6 7 a 9 10 o más

Si la respuesta es afirmativa: El año pasado, ¿con qué frecuencia tomaba una bebida que contuviera alcohol?

Nunca Mensualmente o menos 2 a 4 veces al mes

2 a 3 veces por semana 4 o más veces por semana

¿Hace ejercicios? _____ ¿Usa protector solar regularmente? _____

¿Ha utilizado alguna vez una cama de bronceado? _____

¿Le interesan los procedimientos cosméticos? _____

¿Tiene alguna perforación corporal o tatuajes? _____

¿Tiene antecedentes de uso de drogas? _____

¿Alguna vez ha recibido una vacuna contra la neumonía? En caso afirmativo, fecha _____

¿Ha recibido la vacuna antigripal durante el último año? En caso afirmativo, fecha _____

¿Tiene alguna condición médica crónica o de la piel? (por favor mencione) _____

Por favor haga una lista de todos los medicamentos actuales (incluyendo cremas) _____

Por favor haga una lista de todas sus alergias a medicamentos o alimentos _____