

**SOUTHEASTERN DERMATOLOGY GROUP, P. A.**

Especialistas en Dermatología de Alabama, Florida, Georgia y Mississippi  
877 - 231 - DERM (3376)

**HISTORIA MÉDICA**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido Cáncer de piel? **S / N** Si sí, ¿fue de células basales, células escamosas, o melanoma? (Circule todos)

¿Dónde fue localizado? ¿Cómo y cuándo fue tratado? \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de células basales, de células escamosas o melanoma? \_\_\_\_\_

¿Tiene la piel seca, eccema o psoriasis? **S / N** - ¿Tiene antecedentes familiares de piel seca, eccema, o psoriasis? **S / N**

¿Tiene alguna condición médica crónica o problema de la piel? (por favor, mencione todos) \_\_\_\_\_

Por favor, mencione todas los medicamentos que actualmente usa (incluyendo las cremas) \_\_\_\_\_

¿Actualmente toma algún diluyente de sangre? **S / N**

Por favor, haga una lista con todas sus alergias a medicamentos y alimentos (incluyendo látex, lidocaína, adhesivos) \_\_\_\_\_

¿Tiene articulaciones o válvulas artificiales? **S / N** ¿Tiene implantado un marcapasos o desfibrilador? **S / N**

¿Toma antibióticos antes de los procedimientos dentales? **S / N**

Por favor, haga una lista con todas las cirugías que ha tenido anteriormente (Cirugía / Mes / Año) \_\_\_\_\_

¿Fuma o alguna vez ha fumado? **Fumo / Ex-fumador / NUNCA** ¿Cuántos cigarrillos al día fuma? \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes con uso de drogas? **S / N**

¿Tomó alguna bebida con alcohol el año pasado?  Sí  No

Si sí: ¿Con qué frecuencia tomó seis o más bebidas en UNA sola ocasión el año pasado?

Nunca  Menos de un mes  Mensualmente  Semanalmente  A diario o casi a diario

Si sí: ¿Cuántas bebidas tomaba en un día normal en que se encontraba tomando el año pasado?

1 o 2  3 o 4  5 o 6  7 o 9  10 o más

Si sí: ¿Con qué frecuencia tomó bebidas con alcohol el año pasado?

Nunca  Mensual o menos  2 o 4 veces por mes  2 o 3 veces por semana  4 o más veces por semana

¿Alguna vez ha sido vacunado contra la neumonía? Si sí, fecha (MES / AÑO) \_\_\_\_\_

¿Recibió la vacuna contra la gripe el año pasado? Si sí, fecha (MES / AÑO) \_\_\_\_\_

¿Hace ejercicios? **S / N**

¿Tiene piercings en el cuerpo? **S / N**

¿Tiene tatuajes? **S / N**

¿Alguna vez ha usado una cama de bronceado? **S / N**

¿Le interesan los procedimientos cosméticos? **S / N** (escriba su correo electrónico) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha usado Botox u otro relleno cosmético? **S / N** Si sí, escriba lo que le fue aplicado \_\_\_\_\_

¿Actualmente lleva algún régimen de cuidado de piel? **S / N** Si Sí, ¿qué está usando? \_\_\_\_\_

¿Está teniendo mejorías con su régimen actual? **S / N** ¿Usa protector solar? **Diariamente / cuando hace sol / nunca**

¿Le interesa una consulta cosmética con nuestro equipo de Aqua Medical Spa? **S / N** \_\_\_\_\_