

<b>Formulario de antecedentes de nuevos pacientes adultos</b>	
Nombre y apellido: _____	
Fecha de nacimiento: _____	
Número de registro médico: _____	<i>(si lo sabe)</i>

**MÉDICO DE CABECERA:**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
 Dirección del médico: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Fue remitido por algún médico al Servicio de Dermatología?  No  Sí

**Los mismos datos anteriores**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
 Dirección del médico: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

**Autorizo al Servicio de Dermatología para que deje mensajes en(seleccione):**

**Teléfono de domicilio** ( ) \_\_\_\_\_

**Diurno/trabajo** ( ) \_\_\_\_\_

**Celular** ( ) \_\_\_\_\_

**PROBLEMA(S) ACTUALES:**

Cuál es el motivo de su consulta? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES:**

Tiene algún problema de salud? Seleccione la casilla con una marca de verificación ✓ y complete.

Diabetes  Asma  Enfermedad del hígado  Fiebre del heno  Tensión alta

Cáncer  (qué tipo) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Tiene un marcapasos?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
Tiene algún reemplazo de articulaciones?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
Tiene una válvula cardíaca artificial?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
Debe tomar antibióticos antes de ir al dentista?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	Por qué?
Ha usado cámaras de bronceado?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	

**MEDICAMENTOS:** Habitualmente toma medicamentos recetados o de venta libre? Enumere:

(1) _____	(2) _____	(3) _____
(4) _____	(5) _____	(6) _____

Tiene alergia a algún medicamento?  NO  SÍ Si contestó sí, enumere: \_\_\_\_\_

Toma medicamentos anticoagulantes?  NO  SÍ Si contestó sí, enumere: \_\_\_\_\_

Ha tomado aspirina en las últimas 48 horas?  NO  SÍ

**Voltear y completar al reverso**

Tiene <b>antecedentes personales</b> de lo siguiente?	Sí	No	
Cáncer de piel melanoma			
Cáncer de piel de células basales			
Cáncer de piel de células escamosas			
Psoriasis			
Eccema			

<b>Algún familiar suyo</b> tiene antecedentes personales de lo siguiente?	Sí	No	Si contestó sí, anote el parentesco (madre/padre/hijo/hermano)
Cáncer de piel melanoma			
Cáncer de piel de células basales			
Cáncer de piel de células escamosas			
Eccema			
Psoriasis			

**ANTECEDENTES SOCIALES:**

Oficio: A qué se dedica? \_\_\_\_\_

Alcohol: Habitualmente toma bebidas alcohólicas?  Sí  No

Tabaco: Díganos sobre su hábito de fumar:

Nunca fumé  Ahora fumo todos los días  Ahora fumo algunos días  Fumé en el pasado

**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS:** Actualmente o en el pasado ha presentado problemas con lo siguiente:

Por favor, detalle:

	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
SALUD EN GENERAL	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
OJOS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
OÍDO/NARIZ/BOCA/GARGANTA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
CORAZON	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
HIGADO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
PULMONES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
ESTÓMAGO/INTESTINOS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
RINONES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
DOLOR DE CABEZA/CONVULSIÓN	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
TIROIDES/DIABETES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
SANGRE/TRASTORNO HEMORRAGICO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
MUJER: ESTÁ EMBARAZADA?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
TIENE PLANIFICADO EMBARAZARSE?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	

**Autorizo al Servicio de Dermatología para que divulgue mi información clínica a los médicos remitentes.**

Firma del paciente  
Patient's Signature

Fecha de hoy  
Today's Date

Firma del médico  
Physician Signature

Fecha de hoy  
Today's Date