


ACCOUNT#	DERMATOLOGY INSTITUTE	
FECHA:	256 Landis Avenue, Third floor Chula Vista, CA 91910	

HISTORIAL QUIRÚRGICO (por favor marque todas las que correspondan)

- Apendicetomía
- Cistectomía
- Mastectomía(derecho, izquierdo, bilateral)
- Lumpectomia (derecho, izquierdo, bilateral)
- Biopsia de mama
- Mamoplastia(reducción)
- Mamoplastia(aumento)
- Colectomía: sub total cancer
- Colectomía: diverticulitis
- Colectomía(síndrome de intestino irritable)
- Prótesis de rodilla(derecho, izquierdo, bilateral)
- Biopsia de riñón
- Nefrectomía
- Litotricia(cálculos renales)
- Trasplante de riñón
- Ovarios(Ooforectomia) Endometriosis
- Ovarios(Ooforectomia) Quistes
- Ovarios(Ooforectomia) Cáncer
- Prostatectomia (cáncer de próstata)
- Prostatectomia (biopsia prostática)
- Resección transuretral de próstata
- ninguno

Otro: _____

HISTORIA DE ENFERMEDADES DE LA PIEL (Por favor marque todo lo que corresponda)


- Acné
- Queratosis Actínica
- Asma
- Cáncer de piel de células basale
- piel seca
- Eczema(dermatitis)
- Descamación del cuero cabelludo o picazón
- Rinitis alérgica/alergias
- Melanoma
- Hiedra venenosa
- Lunares precancerosas
- psoriasis
- ninguno

Otro: _____

HISTORIA SOCIAL: (Favor de llenar el cuadro lo que corresponda)

- Cigarrillo que fuma: Nunca eh fumado Deje: fumador Formal Fumo menos__al dia fumo diario
- Historia sexual: no es sexualmente activa sexualmente activo con una pareja sexualmente activa con más de una pareja Pareja del mismo sexo
- Uso Ilícito de las Drogas: uso de drogas consumo de drogas por IV
- Consumo de alcohol: alcohol: no consumo alcohol: menos de 1 bebida al día Alcohol: 1-2 copas al día de vino alcohol: 3 o más bebidas alcohólicas al día

Otro: _____

ACCOUNT#	DERMATOLOGY INSTITUTE	
DATE:		

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Raza: _____ Grupo étnico: _____
 (Blancos, asiáticos, afroamericanos o negro, nativo de Hawái o las islas del Pacífico, indio americano o nativo de Alaska, otros) (hispano o latino, no hispano o latino, desconocido)

*Motivo (s) para la visita (incluir hasta 3; incluya localización, duración, síntomas, tratamiento):

1. _____
2. _____
3. _____

*¿Tiene alguna alergia a algún medicamento, látex o cremas para la piel? SÍ NO

- En caso afirmativo, indique

*Lista de todos los medicamentos, cremas y suplementos que esté tomando actualmente: _____

*Lista de todas sus condiciones médicas actuales: _____

HISTORIA FAMILIAR DE INMEDIATO (seleccione todas las que apliquen):

El cáncer de mama cáncer uterino cáncer de ovario Otro _____

¿Usa protector solar? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿qué SPF _____ 15, 30, 45, 50, 75

¿Es usted tan en un salón de bronceado? SÍ NO

¿Tiene antecedentes familiares de melanoma? SI NO

En caso afirmativo, ¿qué pariente (s)? _____

Toda la historia de la familia: _____

ANTECEDENTES PERSONALES (por favor marque lo que corresponda)

- cáncer de colon
- enfermedades pulmonar obstructiva crónica
- enfermedad de arteria coronaria
- depresión
- diabetes
- enfermedad renal terminal
- reflujo gastroesofágico
- cáncer pulmonar
- linfoma
- cáncer de próstata

Otro: