

REN Dermatology & LASER CENTER

NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO:
PCP:
FARMACIA (NOMBRE Y UBICACIÓN):

HISTORIAL MÉDICO: (por favor marque con un círculo los que correspondan)

ANSIEDAD/DEPRESIÓN	TRASTORNO HEMORRÁGICO	PÉRDIDA AUDITIVA	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
ARTRITIS	CÁNCER - TIPO:	HEPATITIS	MIASTENIA GRAVIS
ASMA	TRASTORNO DE COAGULACIÓN/COÁGULOS SANGUÍNEOS	VIH/SIDA	MARCAPASOS
FIBRILACIÓN AURICULAR	EPILEPSIA	HIPERTENSIÓN	ENFERMEDAD RENAL

OTROS: _____

HISTORIAL QUIRÚRGICO: (por favor marque con un círculo los que correspondan)

VÁLVULA CARDÍACA ARTIFICIAL	ESCISIÓN: CARCINOMA BASOCELULAR	ESCISIÓN: MELANOMA	MASTECTOMÍA
ARTICULACIONES ARTIFICIALES	ESCISIÓN: LUNAR DISPLÁSICO/ATÍPICO	ESCISIÓN: CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS	BIOPSIA QUIRÚRGICA DE PIEL

OTROS: _____

HISTORIAL DE ENFERMEDADES DE LA PIEL: (por favor marque con un círculo los que correspondan)

ACNÉ	DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO	LUNARES DISPLÁSICOS/ATÍPICOS	MELANOMA MAGNO	CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS
CINETOSAS ACTÍNICAS	CARCINOMA BASOCELULAR	ECCEMA	PSORIASIS	NINGUNO

OTROS: _____

- ¿USAS PROTECTOR SOLAR? SÍ/NO
- EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ SPF? _____
- ¿TE BRONCEAS EN UN SALÓN DE BRONCEADO? SÍ/NO
- ¿TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES DE MELANOMA? SÍ/NO
- EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ PARIENTE(S)? _____

MEDICACIÓN:

NOMBRE:	DOSIFICACIÓN:

ALERGIAS: (ENUMERE TODAS LAS ALERGIAS Y REACCIONES SI SE CONOCEN)

- Alergias:** _____
- ¿SE VACUNÓ CONTRA LA GRIPE LA TEMPORADA PASADA? SÍ/NO
 - ¿ES USTED UN EX O ACTUAL FUMADOR? SÍ/NO
 - EN CASO AFIRMATIVO, TABACO O CIGARRILLO Y ¿CON QUÉ FRECUENCIA? _____
 - ¿BEBE ALCOHOL? SÍ/NO
 - EN CASO AFIRMATIVO, MENOS DE 1 BEBIDA AL DÍA, 1-2 BEBIDAS AL DÍA, O 3 O MÁS BEBIDAS AL DÍA?
 - ¿TIENE UN APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA (PERSONA DESIGNADA PARA TOMAR DECISIONES MÉDICAS EN SU NOMBRE SI NO PUEDE)? SÍ/NO
 - EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE SU NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO: _____