

# REN

## DERMATOLOGY

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

### HISTORIAL MÉDICO: (marque con un círculo las que correspondan)

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

OTRO: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL QUIRÚRGICO: (por favor, marque con un círculo las 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

OTRO: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DE ENFERMEDADES DE LA PIEL: (marque con un círculo las que correspondan)

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

OTRO: \_\_\_\_\_

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

### MEDICACIÓN:

NOMBRE:	DOSIFICACIÓN:

### ALERGIAS: (ENUMERE TODAS LAS ALERGIAS Y REACCIONES SI LAS CONOCE)

- Alergias:** \_\_\_\_\_
- ¿SE VACUNÓ CONTRA LA GRIPE LA ÚLTIMA TEMPORADA DE GRIPE? SÍ / NO
  - ¿ES USTED UN FUMADOR ANTERIOR O ACTUAL? 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 USTED NO PUEDE)? SÍ / NO
  - EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE SU NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_