

FORMULARIO DE HISTORIA MEDICA

Fecha de hoy:	Medico de Atencion Priamria:		
PATIENT INFORMATION			
Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha De Nacimiento: / /
Estado Civil:			
Idioma Principal: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Frances <input type="checkbox"/> Aleman <input type="checkbox"/> Mandarin <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro			
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro			
Raza: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino			
Farmacia Principal:		Direccion:	

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY			
Preocupacion:	Ubicacion:	Duracion:	Tratamiento Previo:
Preocupacion:	Ubicacion:	Duracion:	Tratamiento Previo:
Preocupacion:	Ubicacion:	Duracion:	Tratamiento Previo:

HISTORIA MEDICA					
Alergia Cinta Adhesiva	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cicatrices Anormales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alergia al Latex	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Mala Curacion de Heridas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Anesteticos Alergia Local	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	VHS/Herpes Labial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sensibilidad a Epinefrina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Eczema	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alergia a Bacitracina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alergia Neosporin	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fiebre de Heno	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tratamiento Anticuagulante	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad del Corazon	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Trastornos Hemorragicos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Articulacion Artificial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Valvulas Artificiales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Tiroide	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Marcapasos/Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Lupus	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Prolapso de Valvula Mitral	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Artritis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Inmunodeprimidos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Psoriasis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Trasplante de Organos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Problemas De Memoria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
CLL Cronica Leucemia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Desmayo/Sincope	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Antibioticos pre-op/pre-dentenl	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	VIH positivo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	MRSA	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

HISTORIA DE MELANOMA

Tienes antecedentes de melanoma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tienes antecedentes de algun cancer el la piel?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

MEDICAMENTOS ACTUALES

Medicacion:	Dosis:	Medicacion:	Dosis:
Medicacion:	Dosis:	Medicacion:	Dosis:
Medicacion:	Dosis:	Medicacion:	Dosis:
Medicacion:	Dosis:	Medicacion:	Dosis:

ALERGIAS A MEDICAMENTO

Tiene cualquier alergia a medicamentos?:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lista de alergias:	

SOLO PARA MUJERES

Esta embarazada?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Esta dando el pecho?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Esta usted en control de natilidad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tiene ciclos menstruales regulares?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

ANTECEDENTES FAMILIARES DE MELANOMA

Tiene antecedentes familiares de melanoma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tiene antecedentes familiares de cancer de piel?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Types:	

HISTORIA SOCIAL

Ocupacion:	
Utiliza tabaco?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Consume alcohol?	<input type="checkbox"/> Socialmente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Abundantemente
Utiliza protector solar?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Ocasionalmente
Usa camas de sol?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Anteriormente
Do you have any other medical problems or conditions?	

SINTOMAS ADICIONALES

Fiebre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Inflamacion de los <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Escalofrios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nauseas/Vomitos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ganglios linfaticos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fatiga <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Involuntario <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diarrea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Rash / picor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Perdida de Peso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estrenimiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Irritacion de Ojos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Moretones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ansiedad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tos cronica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Coagulos de sangre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Depresion <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No