

Nombre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
 Última primero Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Historia clínica: (Marcar todas las opciones que correspondan)

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Cáncer de mama | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Cáncer de colon | <input type="checkbox"/> en etapa terminal | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Leucemia | |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de médula ósea | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Hepatitis - A/B/C | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón | |
| <input type="checkbox"/> HBP (próstata) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Linfoma | |
| | | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata | |
- Otros (especificar) _____
- Nada

Antecedentes quirúrgicos: (Marcar todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Extracción de apéndice | <input type="checkbox"/> Corazón: Reemplazo por válvula mecánica | <input type="checkbox"/> Extracción de ovarios: Cáncer de ovario |
| <input type="checkbox"/> Extracción de vejiga | <input type="checkbox"/> Corazón: Reemplazo por válvula biológica | <input type="checkbox"/> Extracción de próstata: Cáncer de próstata |
| <input type="checkbox"/> Mama: Masectomía (Marcar con un círculo: Derecha, Izquierda, Ambas) | <input type="checkbox"/> Trasplante de corazón | <input type="checkbox"/> Biopsia de próstata |
| <input type="checkbox"/> Mama: Tumorectomía (Marcar con un círculo: Derecha, Izquierda, Ambas) | <input type="checkbox"/> Reemplazo articular, rodilla (Marcar con un círculo: Derecha, Izquierda, Ambas) | <input type="checkbox"/> Próstata: RTU |
| <input type="checkbox"/> Biopsia de mama | <input type="checkbox"/> Reemplazo articular, cadera (Marcar con un círculo: Derecha, Izquierda, Ambas) | <input type="checkbox"/> Biopsia de piel |
| <input type="checkbox"/> Reducción de mama | <input type="checkbox"/> Biopsia de riñón | <input type="checkbox"/> Cirugía por carcinoma de células basales escamosas |
| <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Nefrectomía: Extracción del riñón (Marcar con un círculo: Derecho, Izquierdo) | <input type="checkbox"/> Cirugía de melanoma |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: Resección por cáncer de colon | <input type="checkbox"/> Extracción de cálculos renales | <input type="checkbox"/> Extracción de bazo |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Trasplante de riñón | <input type="checkbox"/> Extracción de testículos (Marcar con un círculo: Derecho, Izquierdo, Bilateral) |
| <input type="checkbox"/> Colectomía: EII | <input type="checkbox"/> Extracción de ovarios: Endometriosis | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Extracción de vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Extracción de ovarios: Quiste ovárico | <input type="checkbox"/> Histerectomía: Miomas |
| <input type="checkbox"/> Corazón: Bypass de arteria coronaria | | <input type="checkbox"/> Histerectomía: Cáncer de útero |
| <input type="checkbox"/> Corazón: Angioplastia coronaria transluminal percutánea | | |
- Otros (especificar) _____
- Nada

Antecedentes de enfermedades de piel: (Marcar todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acné | <input type="checkbox"/> Quemaduras solares con ampollas | <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica/Alergias | <input type="checkbox"/> Lunares precancerosos |
| <input type="checkbox"/> Queratosis actínica | <input type="checkbox"/> Piel seca | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel de tipo melanoma | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de piel de células basales | <input type="checkbox"/> Eccema | <input type="checkbox"/> Hiedra venenosa | <input type="checkbox"/> Cáncer de piel de células escamosas |
| | <input type="checkbox"/> Descamación o picazón del cuero cabelludo | | |
- Otros _____
- Nada

¿Tiene antecedentes familiares de MELANOMA (NO confundir con carcinoma de células basales o de células escamosas)? Sí No

Si responde SÍ a la pregunta de melanoma, ¿de qué familiar/es se trata _____
 Si responde SÍ a la pregunta de melanoma, ¿tiene algún otro antecedente familiar (cáncer de mama, ovario, páncreas o próstata)? _____

¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía? Sí/NO (marcar con un círculo sólo una opción)
 Si responde Sí, ¿cuándo? _____ Altura _____ Peso _____ IMC _____

Nombre: _____
Último primero

Fecha: ____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Medicaciones: (Indique todas las medicaciones que toma actualmente y la dosificación) Ninguna

Alergias a medicamentos: (¿Le causan anafilaxia, angioedema, diarrea, fatiga, problemas gastrointestinales, urticaria, hepatotoxicidad o sarpullido?)

Sin alergias a medicamentos conocidas Látex

Historial social: (Marcar todas las opciones que correspondan)

Consumo de drogas ilegales:

- Consumo de drogas
 Consumo de drogas IV

Consumo de cigarrillo (CAMPO REQUERIDO):

- Actualmente fumador habitual
 Actualmente fumador ocasional

Ex fumador

Nunca fumó

Consumo de alcohol (etanol):

- Nunca
 Menos de un vaso al día
 1-2 vasos al día
 3 ó más vasos al día

¿Cuántas veces en el último año ha tomado 5 (en el caso de hombres menores de 65) ó 4 (para mujeres y cualquier adulto mayor de 65 años) o más vasos en un mismo día? _____

Otro _____

Revisión de los sistemas: ¿Actualmente sufre de alguno de los siguientes síntomas? (Marcar con un círculo todas las opciones que correspondan)

Problemas hemorrágicos	Fiebre o escalofríos	Sangre en las heces	Tos
Dificultad de curación	Sudoración nocturna	Sangre en la orina	Dificultad respiratoria
Problemas de cicatrización	Pérdida de peso involuntaria	Dolores en las articulaciones	Sibilancias
Sarpullido	Problemas de tiroides	Debilidad muscular	Propensión a síncope vasovagal
Inmunosupresión	Dolor de garganta	Rigidez del cuello	(desmayos)
Rinitis alérgica	Visión borrosa	Dolores de cabeza	
Dolores de pecho	Dolor abdominal	Convulsiones	

Otros síntomas: _____

Alertas: ¿Actualmente usa o experimenta algo de lo siguiente? (Marcar sí o no en cada caso)

Alergia a adhesivos	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Medicación previa a un procedimiento	<input type="checkbox"/> Sí
Alergia a la lidocaína	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Taquicardia con epinefrina	<input type="checkbox"/> Sí
Alergia a ungüentos antibióticos tópicos	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Embarazo o planea un embarazo	<input type="checkbox"/> Sí
Alergia a la epinefrina	<input type="checkbox"/> Sí	Sí VIH positivo	<input type="checkbox"/> Sí
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Actualmente toma medicamentos biológicos	<input type="checkbox"/> Sí
Articulaciones artificiales en los últimos 2 años	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Sordera	<input type="checkbox"/> Sí
Anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Ceguera legal	<input type="checkbox"/> Sí
Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Alergia al látex	<input type="checkbox"/> Sí
SARM	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Antecedentes de herpes labial	<input type="checkbox"/> Sí
Marcapasos u otro dispositivo eléctrico	<input type="checkbox"/> Sí	Sí Actualmente en período de lactancia	<input type="checkbox"/> Sí

Otros síntomas: _____

FARMACIA (TAMBIÉN puede incluir su farmacia para pedidos por correo – indicar número de TELÉFONO y FAX)

Nombre _____ Código postal _____

Dirección (o si no conoce esta información, intersecciones principales): _____

¿Está interesado/a en algún procedimiento y/o producto cosmético? Sí No

(exfoliación, inyecciones, láser, etc.)