

Historia médica de Charlotte Dermatology

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__ Razón de la visita: _____

Raza: _____ Estatura/Peso: ____/____ EMAIL: _____

Farmacia (Nombre & Dirección): _____ Proveedor de atención primaria: _____

Medicamentos

Alergias

Revisión de sistemas: ¿Está experimentando *actualmente* alguno de los siguientes? (Marque todas las que correspondan)

Antecedentes de melanoma	Sudores nocturnos	Rigidez de cuello	Hipertensión arterial
Problemas de sangrado	Pérdida de peso	Dolores de cabeza	Diabetes
Problemas de cicatrización	Problemas de tiroides	Convulsiones	Infecciones por hongos con uso de antibióticos
Erupción	Dolor de garganta	Tos	NINGUNO
Inmunosupresión	Visión borrosa	Dificultad para respirar	
Fiebre del heno	Dolor abdominal	Sibilancias	
Dolor de pecho	Dolores articulares	Ansiedad, depresión	
Fiebre o escalofríos	Debilidad muscular		

Alertas: (encierre en un círculo todas las que correspondan)

Alergia al adhesivo	Anticoagulantes	Latido cardíaco rápido con epinefrina
Alergia a la lidocaína	Desfibrilador	VIH
Alergia a los ungüentos antibióticos	MRSA	Hepatitis
Alergia al látex	Marcapasos	NINGUNO
Válvula cardíaca artificial	Articulaciones artificiales en los últimos 2 años	Medicación antes de los procedimientos

Historia Médica Pasada _____

Historia Médica Familiar: _____

Cirugías previas: _____

Historia de la Piel (encierre en un círculo todas las que correspondan)

Acné	Eczema	Quemadura de sol
Keratosis actínica	Melanoma maligno	Historia familiar de melanoma
Cáncer de piel	Picazón en el cuero cabelludo	NINGUNO
Lunares precancerosos	Soriasis	

Historia Social

Hábitos de fumar (circule uno) Nunca fumador Fumador previo Fumador actual

¿Alguna vez recibió la vacuna contra la neumonía? **SÍ** **NO**

¿Recibió la vacuna contra la influenza este año? **SÍ** **NO**

¿Alguien más toma sus decisiones de atención médica? **SÍ** **NO**

¿Está embarazada, amamantando o planeando un embarazo actualmente? **SÍ** **NO**

Ocupación: _____