

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Fecha: _____

HISTORIAL MÉDICO

Médico de Cabecera/Clinica: _____ Fue referido por su médico? Si / No

Motivo de visita: _____

ALERGIAS: _____

MEDICAMENTOS: _____

Historial Medico		Si	No	Cirugias y Operaciones		Si	No			
¿Ha tenido cáncer de piel?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos / Desfibrilador		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Melanoma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de articulaciones? Cuales?: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Carcinoma Basocelular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de válvula cardíaca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Carcinoma de Celulas Escamosas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de trasplante de órgano: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ha tenido anomalías / Lunares Displasicos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ligadura de Trompas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ha tenido queratosis actínica precancerosa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras cirugías: _____						
Haga una lista de cualquier otra afección de la piel que tenga: (Ejemplo: Eczema, Psoriasis, Acne, Rosacea, Vitiligo) _____										
Usa protector solar? SPF # _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antecedentes FAMILIARES		Si	No			
Utiliza cabinas de bronceado??		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer de Piel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ha tenido quemaduras solares con ampollas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Melanoma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Se cura con cicatrices gruesas (queloides)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carcinoma Basocelular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sangra / Le salen moretones fácilmente?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carcinoma de Celulas Escamosas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tiene reaccion alergica a vendajes o adhesivos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anomalías / Lunares Displasicos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Necesita antibióticos para el dentista?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ha tenido infecciones por estafilococos / SARM?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trabaja al aire libre?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias estacionales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fuma? Numero de cigarros al dia? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psoriasis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bebe alcohol? Numero de bebidas al dia? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Autoinmune		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Toma aspirina? Anticoagulantes?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Lupus, Artritis Reumatoide, Esclerosis Multiple, Enfermedad de Crohn, Colitis, Tiroides)						
Es alérgico a la anestesia local?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Circule Cualquier Síntoma Que Tenga Actualmente				Marque con un Circulo sus Problemas Medicos						
General	Fatiga	Pérdida de peso		Cancer	Seno	Próstata	Colon			
Inmune	Fiebre	Sudoracion nocturna	Infecciones frecuentes	Inmune	VIH	Inmunodeficiencia				
Ojos	Resequedad	Visión borrosa	Irritación	Ojos	Glaucoma	Catarata	Rosacea			
Corazón	Dolor en el pecho	Hinchazón en los tobillos	Palpitaciones	Nariz	Alergias estacionales	Rinitis crónica				
Pulmones	Tos	Dificultad para respirar		Corazon	Presión arterial alta	Infarto				
Gastro	Náuseas	Vómito	Diarrea		Colesterol alto	Fibrilación auricular				
Articulaciones	Rigidez	Dolor	Calambres		Problemas de las válvulas cardíacas	Trastorno de coagulación				
Neuro	Entumecimiento	Hormigueo	Dolor de Cabeza	Debilidad	Pulmones	EPOC	Asma	Tuberculosis		
Endocrino	Intolerancia al Frio/Calor		Sed excesiva		Gastro	Reflujo ácido	Colitis	Intestino irritable		
Psicología	Depresión		Ansiedad			Hepatitis B	Hepatitis C			
Hemo	Sangrado fácil	Moretones	Nodos inflamados		Articulaciones	Artritis		Reemplazo de articulaciones		
Piel	Picazón	Ardor	Enrojecimiento	Decoloración	Escama	Cerebro	Derrame cerebral	Convulsiones	Migrañas	Dolor de cabeza
Mujeres					Endocrino	Tiroides	Diabetes	Ovario poliquístico		
Embarazada		Amamantando	Ciclos Menstruales Irregulares		Psicología	Depresión	Ansiedad	Déficit de atención		
Planeando Embarazo		Píldoras anticonceptivas			Otro					

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Firma del Doctor _____

Fecha _____



OFMC Dermatology and Aesthetic Center

2121 SW 22nd Place
Ocala, FL 34471
(352) 368-1350

Estimado Paciente:

Bienvenido a OFMC Centro de *Dermatología* Y Estética. Nuestro objetivo es mejorar su calidad de vida.

Es nuestra política cobrar por las citas perdidas el monto de:

Cita para Nuevo Paciente: \$100.00 dólares

Cita de Seguimiento: \$75.00 dólares

Procedimientos Perdidos: \$100.00 dólares

Ayúdenos a brindarle un mejor servicio, manteniendo sus citas programadas. Si no puede asistir a su cita, llame al (352) 368-1350 para cambiar su cita con al menos 24 horas de anticipación.

Atentamente,

El personal de Ocala Family Medical Center

He leído y entiendo la política anterior de no presentarme a el Centro de Dermatología y Estética de Ocala Family Medical Center.

Nombre

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha