

vail | aspen | breckenridge dermatology

PO Box 2736 / 1140 Edwards Village Blvd, B200, Edwards, CO 81632 | p. 970.926.9226 f. 970.926.8755

Nombre Del Paciente: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Historial Medico: (Marque todas que correspondan)

Ansiedad	Hepatitis
Artritis	Hipertension
Asma	VIH/SIDA
Fibrilacion Auricular (Latido Irregular del Corazon)	Hipercolesterolemia
Transplante de Medulla Osea	Hipertiroidismo
Hiperplasia prostatica benigna	Hipotiroidismo
Cancer de Seno	Leucemia
Cancer de Colon	Cancer de Pulmon
Enfermedad pulmonary obstructive cronica	Linfoma
Enfermedad de la Arteria Coronaria	Cancer de Prostata
Depresion	Tratamiento de Radiacion
Diabetes	Convulsiones
Enfermedad Renal en Etapa Final	Derrame Cerebral
Enfermedad de reflujo gastroesofagico	Otro: _____
Perdida de la audicion	

Historial Quirurgica: (Marque todas que correspondan)

Apendice (apendicectomia)	Ovarios: Endometriosis
Vejiga (cistectomia)	Ovarios: Cancer de ovario
Biopsia de seno	Ovarios: Quiste ovarico
Senos: Lumpectomia (Ambos / Izquierda / Derecha)	Ovarios: Esterilización femenina (ligacion de tubarica)
Senos: Mastectomia (Ambos / Izquierda / Derecha)	Pancreas: Pancreatectomia
Colon (Colectomia): Reseccion del Cancer de Colon	Biopsia de Prostata
Colon (Colectomia): Diverticulitis	Cancer de prostata
Colon (Colectomia): Enfermedad Inflamatoria Intestinal	Prostata: Reseccion transurethral de la prostata
Colon: Colectomia	Recto: Reseccion perineal abdominal
Vesicula Bilar (colecistectomia)	Recto: Reseccion anterior baja
Corazon: Reemplazo de Valvula Biologica	Piel: Carcinoma basocelular
Corazon: Curujia de Derivacion de Arteria Coronaria	Piel: Melanoma
Heart: Trasplante de Corazon	Piel: Biopsia de piel
Corazon: Reemplazo de la Vavula Mecanica	Piel: Carcinoma de celulas escamosas
Corazon: Angioplastia Coronaria Transluminal Percutanea	Bazo (esplenectomia)
Reemplazo de la Articulacion: Cadera (Ambos / Izquierda / Derecha)	Testiculos (orquiectomia)
Reemplazo de la Articulacion: Rodilla (Ambos / Izquierda / Derecha)	Utero: Fibromas
Biopsia renal	Utero: Cancer uterino
Riñon: Eliminacion de calculos renales	Utero: Cancer de cuello uterino
Riñon: Transplante de riñon	Otro: _____
Riñon: Nefrectomia	
Higado: Hepatectomia	
Higado: Transplante de higado	
Higado: Derivacion	

vail | aspen | breckenridge dermatology

PO Box 2736 / 1140 Edwards Village Blvd, B200, Edwards, CO 81632 | p. 970.926.9226 f. 970.926.8755

Nombre Del Paciente: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Historial de Enfermedad en la Piel: (Marque todas que correspondan)

Queratosis Actinica	Alergias
Acne	Melanoma
Piel Actinica de Celulas Basales	Hiedra venenosa
Ampollas de Sol	Lunar precancerosos
Cancer	Psoriasis
Piel Seca	Cancer de Piel de Celulas Escamosas
Eczema	Otro: _____
Caspa / Rasquera en el Cuero Cabelludo	

¿Tiene familiares con historia de melanoma? (Circule uno) Si / No En caso afirmativo, ¿cual pariente?

¿Usas protector solar? (Circule uno) Si / No En caso afirmativo, ¿que SPF? _____

¿Bronceas en un salon de bronceado? (Circule uno) Si / No

Alertas: Marque todas que correspondan:

Alergia a la lidocaine	Historial SARM (Staphylococcus aureus resistente a la meticilina)
Alergia a los antibioticos topicos	Nuevos crecimientos o lesiones
Anticoagulantes	Marcapasos
Desfibrilador	Problemas con la cicatrizacion
Fiebre/Escalofrios/Sudores nocturnos	Problemas con sangrado
Immunosupresion	Problemas con la curacion
Malestar	Embarazada o planeando embarazo
Debilidad muscular	Premedicacion antes del procedimiento
	Otro: _____

Medicamentos Actuales:

_____/Dosis: _____

_____/Dosis: _____

_____/Dosis: _____

_____/Dosis: _____

_____/Dosis: _____

_____/Dosis: _____

¿Tiene alguna alergia al veneno de abeja o avispa? (circule uno) Si/No

Tiene alguna **ALERGIA** a un Medicamento? (Circule uno) Si / No En caso afirmativo, ¿que medicamento(s)?

vail | aspen | breckenridge dermatology

PO Box 2736 / 1140 Edwards Village Blvd, B200, Edwards, CO 81632 | p. 970.926.9226 f. 970.926.8755

Nombre Del Paciente: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

HISTORIAL SOCIAL (Marque todas que correspondan):

Fuma Cigarros: Nunca Ex fumador Varias veces a la semana Diario

Uso de Alcohol: Nada Menos de 1 por dia 1-2 por dia 3 o mas por dia

*En el ultimo año, ¿cuanas veces ha bebido 5 o mas tragos para HOMBRES o 4 o mas tragos para MUJERES en un PERIODO DE 24 HORAS? _____

Ejercicio: Una vez al dia Varias veces al dia Pocas veces a la semana Pocas veces al mes Nunca

Uso de Cafeina: Una vez al dia Varias veces al dia Pocas veces a la semana Pocas veces al mes Nunca

Ocupacion: _____

Farmacia preferida: _____ / _____

Ciudad, Estado, Codigo postal

¿Ha tenido una vacuna contra la gripe esta temporada? (Circule uno) Si / No

¿Tiene una vacuna contra la neumonia actual? (Circule uno) Si / No

¿Podemos dejar informacion confidencial sobre su tratamiento en su correo se voz? (Circule uno)

Si / No

En caso afirmativo, deje el numero de telefono aqui: _____

Permiso Para Divulgar Informacion Medica

Autorizo a Bella Derma Professional LLC a compartir informacion medica, como diagnosticos, tratamientos, resultados de pruebas y cualquier otro detalle de mi atencion medica con los siguientes FAMILIARES / AMIGOS / O AGENCIAS INTERESADAS

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero de Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Numero de Telefono: _____

