

**DOCTORS DERMATOLOGY  
FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL PACIENTE**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**RAZON PARA VISITAR:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_  
**¿COMO APRENDISTE SOBRE NOSOTROS?----** \_\_\_\_\_  
 Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Médico de Referencia: \_\_\_\_\_  
 Otros (Google, periódico, otros): \_\_\_\_\_

**Información del seguro:**  
 Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ ID de miembro: \_\_\_\_\_  
 Información del seguro secundario: \_\_\_\_\_

**Farmacia Preferida:**  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:**  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES:**(Incluir vitaminas, suplementos, medicamentos de venta libre):

•	•
•	•
•	•
•	•

Ha utilizado alguna vez esteroides tópicos u orales? Si es así, especifique el nombre de los esteroides y la duración del uso:

\_\_\_\_\_

¿Has usado medicamentos biológicos en el pasado? Si es así, especifique el nombre, el motivo y la duración: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS:** \_\_\_\_ **No hay alergias conocidas.** En caso afirmativo, complete a continuación:

Nombre del Medicamento	Tipo de Reacción

**HISTORIA MÉDICA:**

<b>Cáncer de Piel/Otro Cáncer:</b>	<b>Enfermedad Inmunológica:</b>
<b>Melanoma/Carcinoma de Células Escamosas/ Queratosis Actínica/Otro Cáncer</b>	Inmunodeficiencia:
Tipo de Cáncer:	VIH/SIDA:
Fecha:	
Ubicación:	<b>Enfermedad Reumatológica</b>
Tratamiento:	Especificar:
<b>Enfermedad Dermatológica</b>	
Psoriasis	<b>Psicológico / Enfermedad Emocional</b>
Eczema	Depresión
Acné/Rosácea	Otro:
Otro:	<b>Enfermedad Gastrointestinal</b>
<b>Enfermedad Cardiovascular:</b>	Enfermedad de Crohn/Colitis Ulcerosa
Presión Arterial Alta	Otro:
Ataque Cardíaco: _____ Fecha: _____	<b>Enfermedad Hematológica</b>
Otro:	Problemas de Sangre:
<b>Enfermedad Neurológica</b>	<b>Enfermedad Endocrina</b>
Accidente Cerebrovascular/Aneurisma	Diabetes
Convulsión/Epilepsia	Hipotiroideo/Hipertiroidismo
Otro:	<b>Enfermedad Hepática</b>
<b>Enfermedad Renal</b>	Hepatitis:                      Tipo:
Riñón de mal funcionamiento	Otro:
Diálisis:	<b>Enfermedad Pulmonar</b>
<b>Pacientes Femeninas</b>	Asma
¿Está embarazada?    Sí        No	COPD
¿Estás planeando el embarazo?    Sí        No	Tuberculosis
Enfermedad ovárica poliquística? :    Sí        No	<b>Otros: No listado:</b>

**Cirugías:**

Procedimiento	Fecha

**HISTORIA MÉDICA FAMILIAR: (POR FAVOR, LISTE CUALQUIER OTRO QUE NO APAREZCA EN LA LISTA)**

Condición/Problema	Miembro de la Familia Afectado
<b>Melanoma</b>	
Cáncer de piel no Melanoma	
Enfermedad Autoinmune	

<b>Psoriasis</b>	
<b>Otro:</b>	

**HISTORIA SOCIAL / HABITOS**

Ocupación: \_\_\_\_\_

Fumador: \_\_ No fumador; \_\_ Paquetes/Día; Tabaco sin humo: \_\_ Dejar de fumar \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol: \_\_ NO \_\_ SI (# de bebidas por semana \_\_\_\_\_)

Uso drogas de recreativo: \_\_ NO \_\_ SI, especificar el nombre \_\_\_\_\_

He viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos tres meses: \_\_ SI \_\_ NO

**Bronceado/ EXPOSICIÓN DEL SOL:** (Marcar lo que mejor te describe, Marcar todo lo que se aplica) Type your text

\_\_\_\_ Siempre quemar, nunca broncearse \_\_\_\_ Rara vez se quema, broncearse fácilmente

\_\_\_\_ Por lo general, quemar, broncearse con dificultad \_\_\_\_ Al menos 1 (una) quemadura solar con ampollas

\_\_\_\_ A veces se quema, por lo general bronceado

¿Alguna vez has usado una cama solar, Si es así, con qué frecuencia?: \_\_\_\_\_

**Uso de Protector Solar:** \_\_ Regularmente \_\_ Raramente \_\_ Nunca **SPF #:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma (Paciente/Guardián Legal) Type your text \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente \_\_\_\_\_  
Fecha