



**FORMULARIO PARA PACIENTES NUEVOS/PRIMERA VISITA AL CONSULTORIO**

*Indicaciones: Sírvase llenar los espacios en blanco y marcar todas las opciones que apliquen. Escriba "NA" en cualquier sección que "no aplique" a su visita.*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de su farmacia primaria: \_\_\_\_\_ Ubicación de su farmacia: \_\_\_\_\_

¿Lo envió a nuestro consultorio otro médico a quien desee usted que enviemos sus expedientes?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa; escriba el nombre del médico: \_\_\_\_\_

¿Deberíamos esperar expedientes médicos externos de otro consultorio por su visita?  Sí  No

¿VIENE PRINCIPALMENTE A UNA REVISIÓN DE PIEL/LUNARES?  Sí  No

Ofrecemos una revisión de piel completa a todos los pacientes. Muchas personas, especialmente adultos, deberían hacerse esta revisión una vez al año. ¿Le gustaría hacerse una revisión completa de piel hoy? Esto requeriría que se pusiera una bata.  Sí  No *Observe que si vamos a examinar áreas de su piel que normalmente cubre con maquillaje, el maquillaje deberá quitarse o eliminarse antes de que lo puedan examinar.*

¿CUÁL ES EL MOTIVO DE ESTA VISITA? \_\_\_\_\_

¿EN DÓNDE SE LOCALIZAN EL O LOS PROBLEMAS? \_\_\_\_\_

¿CUÁNDO EMPEZÓ SU AFECCIÓN? \_\_\_\_\_

¿QUE HACE QUE SU AFECCIÓN EMPEORE? \_\_\_\_\_ ¿MEJORE? \_\_\_\_\_

¿QUÉ TRATAMIENTOS CON RECETA MÉDICA Y/O DE VENTA LIBRE HA PROBADO ANTERIORMENTE PARA ESTA AFECCIÓN? (Sírvase enumerar los nombres exactos y anote si lo han ayudado con su afección) \_\_\_\_\_

SÍNTOMAS DE ESTA AFECCIÓN: (Califique cuando estén en su peor etapa en ESCALA DE 1 A 10, DONDE 10 ES PEOR)

Picazón NA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Ardor NA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Dolor NA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

INDIQUE SUS ALERGIAS Y REACCIONES A MEDICAMENTOS:  Ninguna (o) \_\_\_\_\_

INDIQUE SUS ALERGIAS AL MEDIO AMBIENTE:  Ninguna (o) \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTO(S) ACTUAL(ES)** Incluya vitaminas/suplementos, medicamentos de venta libre y cualquier crema/ungüento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Cáncer de piel tipo melanoma—fechas/lugares en el cuerpo \_\_\_\_\_
- Cáncer de piel de células basales—fechas/lugares en el cuerpo \_\_\_\_\_
- Cáncer de piel de células escamosas—fechas/lugares en el cuerpo \_\_\_\_\_
- Dermatitis/eccema       Psoriasis       Múltiples lunares       Úlceras estomacales
- Diabetes       Hepatitis/enfermedad hepática       Dolor de cabeza       Glaucoma
- Hipertensión       Depresión       Ansiedad       Triglicéridos/Colesterol elevados
- Cardiopatía       Enfermedad crónica pulmonar       Stroke       Enfermedad de transmisión sexual
- Anemia       Enfermedad de Crohn o colitis       Demencia       Marcapasos o desfibrilador
- Artritis       Enfermedad de la tiroides       MRSA       Otros trastornos psiquiátricos
- Alcoholismo       Trastorno de convulsiones       Enfermedad de la próstata
- Tuberculosis       Infecciones graves       Esclerosis múltiple
- Otro cáncer: tipo y fechas: \_\_\_\_\_
- Cirugías mayores: \_\_\_\_\_

**Solo mujeres**

- Embarazada       Planea embarazarse       Lactando       Usa métodos anticonceptivos
- Método anticonceptivo: \_\_\_\_\_      Número de embarazos/partos: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**¿HA TENIDO ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS RECIENTEMENTE?**

- Falta de apetito/energía       Lunares nuevos/que cambian       Planea embarazo, embarazada o lactando
  - Dolor de cabeza       Dolor, articulaciones/espalda       Cambios en memoria/concentración
  - Alergias       Tos       Intolerancia a ambientes calientes/fríos
  - Dolor de garganta       Dificultad para respirar       Sed o micción excesiva
  - Dolor de pecho       Latidos irregulares       Cambios en estado de ánimo/nivel de ansiedad
  - Dolor de estómago       Diarrea/constipación       Ardor al orinar/sangre en la orina
  - Sangre en las heces       Náusea o vómito       Aumento/pérdida de peso (más de 10 libras)
  - Insensibilidad, hormigueo       Dificultad para mover brazos/piernas       Cambios en la vista/oído/olfato/gusto
- Si ha tenido algunos de estos problemas recientemente, dé más detalles (cuándo, dónde, cómo, etc.) \_\_\_\_\_

**HISTORIAL FAMILIAR (solo su familia inmediata, es decir; sus hermanos, hermanas, padres o hijos)**

- Cáncer de piel tipo melanoma (en quién \_\_\_\_\_ )
- Cáncer de piel de células basales o escamosas (en quién \_\_\_\_\_ )
- Esclerosis múltiple       Enfermedad de Crohn /colitis       Enfermedad hepática
- Depresión       Ansiedad       Trastorno psiquiátrico
- Suicidio       Psoriasis       Eccema (dermatitis)
- Alergias estacionales       Asma       Lupus o artritis reumatoide

**ANTECEDENTES SOCIALES**

¿Fuma?  Sí    No      Su ocupación \_\_\_\_\_

Sus intereses personales (pasatiempos) \_\_\_\_\_

¿Le gustaría hablar hoy con su proveedor de atención médica sobre los servicios cosméticos para rejuvenecimiento facial, reducción de las líneas de expresión y arrugas y/o eliminación de vello con láser?    Sí    No