

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

¿Estaría usted interesado en que le dispensen sus medicamentos desde Vail Aspen Breckenridge Glenwood Dermatology (por pago en efectivo) a través de una instalación de capitalización aprobada por la FDA si es aplicable a su cita? Si / No

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

**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 |                                     |

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

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

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

---

**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 | glenwood 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? (Circule uno)

Esta temporada      La Temporada Anterior      Nunca: Me Niego      Soy alérgico

¿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: \_\_\_\_\_