Account #

LAS VEGAS SKIN & CANCER CLINICS

Cuestionario Médico

Nombre . **Fecha** . **Fecha de Nacimiento**

¿Tienes o alguna vez has tenido alguno de los siguientes?

Si	No	
☐	☐	Cáncer de la piel/Melanoma
☐	☐	Acné
☐	☐	Fuegos
☐	☐	Queloide/Cicatrices
☐	☐	Eccema/Sarpullido
☐	☐	Dificultad con la curación de herida
☐	☐	Problemas con infecciones de la piel
☐	☐	Soriasis
☐	☐	Asma/Rinitis alérgica/Ronchas/Sinusitis
☐	☐	Fiebre reumática
☐	☐	Enfermedad cardiaca
☐	☐	Alta Presión
☐	☐	Soplo del corazón/ Prolapso de Válvula Mitral
☐	☐	Articulación artificial/Válvula de corazón/ Prótesis
☐	☐	Acidez/Úlcera/ Gastritis/Reflujo
☐	☐	Enfermedad de riñón
☐	☐	Glaucoma
☐	☐	Diabetes
☐	☐	Tuberculosis
☐	☐	Infecciones de transmisión sanguínea
☐	☐	Enfermedad autoinmune (Lupus, artritis reumatoide)
☐	☐	Transfusión de sangre: Fecha: _____
☐	☐	Hepatitis-B o C (por favor circundar)
☐	☐	HIV
☐	☐	Cirugía/hospitalizaciones

Cirugía Fecha Hospital

☐ ☐ Otro _____

¿Alguno de sus parientes ha padecido alguna vez algo de lo siguiente?

Si	No	
☐	☐	Cáncer de la piel
☐	☐	Melanoma
☐	☐	Lunares anormales
☐	☐	Asma/Rinitis Alérgica
☐	☐	Eccema / Sarpullido
☐	☐	Diabetes
☐	☐	Soriasis
☐	☐	Otra enfermedad de la piel _____

Revised 10.07.10

Firma: _____

¿Es alérgico a algún medicamento?
(Inscriba por favor) Si no, marque aquí ☐

¿Está tomando actualmente algún medicamento, suplemento vitamínico o mineral?
(Inscriba por favor) Si no, marque aquí ☐

Otras preguntas	**Si**	**No**
¿Está tomando actualmente Accutane o ha utilizado el Accutane en el pasado?	☐	☐
¿Goza de buena salud?	☐	☐
¿Esta bajo el cuidado de algún medico?	☐	☐

Para qué condiciones?

¿Nombre de su medico de la atención primaria?

	Si	**No**
Fuma?	☐	☐
Toma?	☐	☐
Toma el sol o utiliza cabina de bronceado?	☐	☐
Necesita antibióticos antes de cirugía o de trabajo dental?	☐	☐
Sangra durante mucho tiempo después de un corte o de una extracción?	☐	☐
Utiliza protección solar?	☐	☐

Solo para Mujeres	**Si**	**No**
¿Está embarazada?	☐	☐
¿Está dando lactancia maternal?	☐	☐
¿Toma anticonceptivas?	☐	☐

¿Nombre de anticonceptivas .
Fecha del ultimo periodo menstrual _____/_____/____

DATE PROVIDER REVIEWED:	**PROVIDER INITIALS:**
_____	_____
_____	_____
_____	_____