

SCHOLES DERMATOLOGÍA – HISTORIA CLÍNICA

Las medicaciones actuales: comprobar here _____ si usted no toma medicamentos.

Alergia a medicamentos: por favor indique cualquier medicamento al que es alérgico: ninguno

Que farmacia usas? _____ Ciudad: _____

Historia social:

Ocupacion: _____

Historia de fumar: Por favor marque uno de los siguientes:

- Nunca fumé
- Actual cada fumador día
- Actual fumador ocasional
- Fumador ex

Historia del alcohol: por favor marque uno de los siguientes:

- Ninguno
- Menos de una copa al día
- 1-2 bebidas diarias
- 3 o más bebidas alcohólicas por día

Los pacientes femeninos:

¿estás embarazada? Sí No fecha: _____
estás amamantando Si No

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre/tutor si el paciente es menor de edad: _____