

HISTORIA DE DERMATOLOGÍA MÉDICA SCHOLES

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Atura _____ Peso _____

Historial médico: ¿Ahora tiene (o ha tenido en el pasado) y de las siguientes condiciones? Por favor marque todas las que apliquen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Ansiedad | <input type="radio"/> Reflux(GERD) gástrica | <input type="radio"/> Linfoma |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Pérdida de la audición | <input type="radio"/> Marcapasos |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Hepatitis Type _____ | <input type="radio"/> Cáncer de próstata |
| <input type="radio"/> Latido irregular la fibrilación atrial | <input type="radio"/> Presión arterial alta | <input type="radio"/> Tratamiento de radiación |
| <input type="radio"/> Trasplante de médula ósea | <input type="radio"/> VIH/SIDA | <input type="radio"/> Seizers |
| <input type="radio"/> Cáncer de mama | <input type="radio"/> Colesterol alto | <input type="radio"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="radio"/> Cáncer de colon | <input type="radio"/> Glándula tiroidea | <input type="radio"/> Otras enfermedades no enumeran |
| <input type="radio"/> Enfermedades del corazón | <input type="radio"/> Tiroides hipoactiva | _____ |
| <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Enfermedad del riñón | |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Leucemia | |
| | <input type="radio"/> Cáncer de pulmón | |

Historia quirúrgica: Por favor marque todas las que apliquen en su caso:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Sin cirugías previas | <input type="radio"/> Trasplante de corazón | <input type="radio"/> Oophorectomy(Cancer) |
| <input type="radio"/> Apéndice | <input type="radio"/> Corazón valve(Mechanical) | <input type="radio"/> Prostatectomía |
| <input type="radio"/> Extirpación de la vejiga | <input type="radio"/> Válvula cardíaca (biológicas) | <input type="radio"/> Próstata (RTUP) |
| <input type="radio"/> Mastectomía (izquierda) | <input type="radio"/> Reemplazo de la cadera (derecha) | <input type="radio"/> Carcinoma de células basales |
| <input type="radio"/> Mastectomía (derecha) | <input type="radio"/> Reemplazo de la cadera (izquierda) | <input type="radio"/> Carcinoma de células escamosas |
| <input type="radio"/> Biopsia de mama | <input type="radio"/> Reemplazo de la rodilla (derecha) | <input type="radio"/> Melanoma |
| <input type="radio"/> Cirugía del colon (cáncer) | <input type="radio"/> Reemplazo de la rodilla (izquierda) | <input type="radio"/> Esplenectomía |
| <input type="radio"/> Cirugía del colon (Diverticulitis) | <input type="radio"/> Reemplazo de rodilla (izquierda) | <input type="radio"/> Histerectomía (fibromas) |
| <input type="radio"/> Cirugía del colon (UC/de Crohn) | <input type="radio"/> Extirpación del riñón | <input type="radio"/> Histerectomía (cáncer) |
| <input type="radio"/> La vesícula biliar | <input type="radio"/> Trasplante del riñón | <input type="radio"/> Otras cirugías no aparecen |
| <input type="radio"/> Corazón de derivación (CABG) | <input type="radio"/> Ooforectomía (quiste) | _____ |
| <input type="radio"/> Corazón stent | | |

Historia de la enfermedad de la piel: Por favor marque todas las que apliquen en su caso:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Acné | <input type="radio"/> Piel seca | <input type="radio"/> Melanoma |
| <input type="radio"/> Queratosis actínica | <input type="radio"/> Manchas cutáneas precancerosas | <input type="radio"/> Hiedra venenosa |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Carcinoma de células escamosas | <input type="radio"/> Psoriasis |
| <input type="radio"/> Carcinoma de células basales | <input type="radio"/> Fiebre del heno / alergias | |
| <input type="radio"/> Ampollas de las quemaduras de sol | <input type="radio"/> Eczema | |
| <input type="radio"/> Otros problemas no listed _____ | | |
| <input type="radio"/> No he tenido ninguno de los problemas anteriores | | |

¿Usas bloqueador solar? Sí No ¿qué SPF? _____ ¿Verdad tan en un salón de bronceado? Sí No

¿Alguien en su familia ha tenido cáncer Carcinoma de piel? Sí No ¿quién? _____

¿Alguien en su familia ha tenido Melanoma? Sí No ¿quién? _____