



### ANTECEDENTES MEDICOS

- Ansiedad
- Artritis
- Fibrilacion auricular
- Asma
- Transplante de medulla osea
- A Hiperplasia plastic benigna
- Cancer de Seno
- El Cancer de colon
- EPOC
- Enfermedad coronaria
- Diabetes
- Enfermedad renal terminal
- GERD
- La perdida de audicion
- Hepatitis (Circulo: A/B/C)

- Hipertension
- VIH/SIDA
- Hipercolesterolemia
- Hipertiroidism
- Hypothyroidismo
- Leucemia
- Cancer de Pulmon
- Limfoma
- Cancer de prostata
- Tratamiento de radiacion
- Convulsiones
- Accidente Cerebrovascular
- OTROS: \_\_\_\_\_

NINGUNO

### CIRUGIAS PASADAS

Ha tenido cirugias en los organos siguientes?

- Apendice (Apendicectomia)
- Vejiga (Cistectomia)
- Seno: Mastectomia
  - Seno derecho
  - Seno Izquierda
  - Ambos Senos
- Seno: Lumpectomia
  - Seno derecho
  - Seno Izquierda
  - Ambos Senos
- Seno: Biopsia de seno
- Seno: Reductino mama
- Seno: Implantas Mamarios
- Colon (Colectomia): Reseccion de cancer de colon
- Colon (Colectomia): Diverticulitis
- Colon (Colectomia): Enfermedad inflamatoria del intestino
- La vesicular biliar (Colecistectomia)
- Corazon: Cirugia de bypass de la arteria coronaria
- Corazon: ACTP
- Corazon: Reemplazo de la valvula Mecanica
- Corazon: Reemplazo de la valvula Biologica
- Reemplazo de la Articulacion: Rodilla
  - Rodilla Derecha
  - Rodilla Izquierda
  - Tanto la rodilla
- Reemplazo de la Articulacion: Cadera
  - Cadera Derecha
  - Cadera Izquierda
- Ambas Caderas
- Rinon: Biopsia renal
- Rinon: Nefrectomia
- Rinon: Eliminacion de calculus renales
- Rinon: Transplante de rinon
- Ovarios (Ooforectomia): Endometriosis
- Ovarios (Ooforectomia): Quiste Ovarico
- Ovarios (Ooforectomia): Cancer de ovario
- Prostata (Prostatectomia): Cancer de prostata
- Prostata (Prostatectomia): Biopsia de prostata
- Prostata (Prostatectomia): RTU
- Piel: Biopsia
- Piel: Carcinoma de celulas basales
- Piel: Carcinoma de celulas escamosas
- Piel: Melanoma (Que el ano: \_\_\_\_\_)
- Bazo (Esplenectomia)
- Testiculos (Orquiectomia)
- Utero (Histerectomia):
  - Fibromas
  - Cancer uterino
  - Otros: \_\_\_\_\_

NINGUNO

## HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DE LE PIEL

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acne                            | <input type="checkbox"/> Descamacion o picazon del cuero cabelludo |
| <input type="checkbox"/> Queratosis Actinicas            | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno/Alergias                   |
| <input type="checkbox"/> Asma                            | <input type="checkbox"/> Melanoma                                  |
| <input type="checkbox"/> Carcinoma de celulas basales    | <input type="checkbox"/> Hiedra venenosa                           |
| <input type="checkbox"/> Quemaduras solares con ampollas | <input type="checkbox"/> Lunares precancerosos                     |
| <input type="checkbox"/> Piel Seca                       | <input type="checkbox"/> Psoriasis                                 |
| <input type="checkbox"/> Eczema                          | <input type="checkbox"/> Carcinoma de celulas escamosas            |
| <input type="checkbox"/> OTHER: _____                    | <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>                            |
| _____  |  |

Es usted usa protector solar? SI o NO

Si es asi, quo fuerza? \_\_\_\_\_

Utiliza un salon de bronceado? SI o NO

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Tiene antecedents familiars de melanoma?

SI o NO

Si es asi, que relacion?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Madre        | <input type="checkbox"/> Tia            |
| <input type="checkbox"/> Padre        | <input type="checkbox"/> Sobrina        |
| <input type="checkbox"/> Hermana      | <input type="checkbox"/> Sobrino        |
| <input type="checkbox"/> Hermano      | <input type="checkbox"/> Abuela         |
| <input type="checkbox"/> Hija         | <input type="checkbox"/> Abuelo         |
| <input type="checkbox"/> Hijo         | <input type="checkbox"/> Nieto          |
| <input type="checkbox"/> Tio          | <input type="checkbox"/> Nieta          |
| <input type="checkbox"/> OTHER: _____ | <input type="checkbox"/> <b>Ninguno</b> |



### LA HISTORIA SOCIAL

Por favor, conteste todas las preguntas a fondo con el fin de darle mayor de los cuidados

#### El Consumo de Tabaco

- Unos todos los dias  
\_\_\_\_\_ Paquetes por dia
- Fumador de algunas dias
- Fumador en el pasado  
\_\_\_\_\_ Ano en el que renuncio
- A Fumado

#### Consumo de Alcohol

- Ninguno
- Menos de 1 bebida al dia
- 1-2 bebdias por dia
- 3 o mas bebidas por dia

#### Inicio de su Medio Ambiente

- Sienten seguros en casa
- Se siente inseguro en casa

#### Actividad Sexual

- No es sexualmente activo
- Relaciones sexuales con 1 pareja
- Relaciones sexuales con mas de 1 pareja
- Relaciones con una persona del sexo

#### Ejercicio

- Diaria
- Pocos veces a la semana
- Nunca

#### Uso de Drogas

- Ninguno
- Intravenoso Uso de Drogas

#### Uso de Cafeina

- Varias veces al dia
- Una Vez al Dia
- Nunca

### OCUPACION Y EL LUGAR DE TRABAJO

Ocupacion: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Aproximadamente, cuantas horas de su trabajo que exponga al sol cada semana? \_\_\_\_\_

### CONTACT DE EMERGENCIA PARA RESULTADOS PATOLOGIA

Por favor escriba un contacto de los resultados de patologia si no puede ser localizado

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono# ( ) \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

#### Demografia

Idioma en el Hogar: \_\_\_\_\_

Race: \_\_\_\_\_

Grupo etnico:  Hispano/Latino

No Hispanos/Latino

Con su propia ley: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DE LA VISITA DE HOY

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

### REVISION DE SISTEMAS

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre o escalofrios<br>queloides) | <input type="checkbox"/> Problemas con Cicatrices (hipertroficas o |
| <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos                  | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho                         |
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso no intencional     | <input type="checkbox"/> Falta de aliento                          |
| <input type="checkbox"/> Tos                                | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                         |
| <input type="checkbox"/> Dolor abdominal                    | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta                         |
| <input type="checkbox"/> Dolor en las Articulaciones        | <input type="checkbox"/> Ansiedad                                  |
| <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular                 | <input type="checkbox"/> Depresion                                 |
| <input type="checkbox"/> Sistema Inmunologico Debilitado    | <input type="checkbox"/> Problemas de la vision                    |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno/Alergias           |  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>                            |

## -ALERTAS-

### MARQUE LAS QUE CORRESPONDAN

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia al latex                     | <input type="checkbox"/> Problemas de sangramento                   |
| <input type="checkbox"/> Alergia al la Lidocaina              | <input type="checkbox"/> Historia de Melanoma:                      |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad Epinefrina              | <b>Ano:</b> _____   |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos/ Desfibrilador            | <input type="checkbox"/> Historia de Carcinoma de celulas basales   |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes                      | <input type="checkbox"/> Historia de Carcinoma de celulas escamosas |
| <input type="checkbox"/> Alergia a los adhesives              | <input type="checkbox"/> Historia de Nevus Displasico               |
| <input type="checkbox"/> Alergia a los antibioticos topicales | <input type="checkbox"/> Hepatitis (Circulo: B o C)                 |
| <input type="checkbox"/> Embarazada/Planificacion un embarazo | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                                   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>NINGUNO</b>                             |

**POLIZA DE SEGURO**

AGRADECEMOS LA OPPROTUNITY DE SERVIRLE.  
OFRECEMOS PARA DARLE NUESTRO MEJOR ATENCION MEDICA.

**POLIZA DE SEGURO:**

Como una cortesia a usted, vamos a presentar todas las declaraciones detalladas en su compania de seguros, si usted ha proporcionado informaicion. Usted es responsable de todos los deducibles, co-pago, aseguransa, etc, que no esten cubiertos por su seguro. Entienda por favor, como tercero, se involucren en negociaciones prolongadas, esta es to responsabilidad.

Autorizo la divulgacion de cualquier informacion medica necesaria para procesar cualquier reclamo. Yo permit que una copia de la autorizacion para ser utilizado en lugar da la original. O mi compania de seguros o me pueden revocar la autorizacion en cualquier momentos por escrito.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE REGISTROS MEDICOS**

Autorizo al medico/proveedor para liberar cualquier informacion medica incluyendo el diagnostico, radiografias, resultados de pruebas, informes y registros relacionados con cualquier tratamiento o examen rendido a mi. Entiendo que esta informacion medica puede ser utilizada por cualquier de los siguientes propositos: diagnostic, seguro, legal, y en momentos en que lo considero necesario a proveedor.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## **Cancelaciones/ Poliza de No Arribo**

Arizona Skin and Laser

Arizona Skin and Laser poliza require, minimo, aviso de 24 horas para cancelar una cita. Si se produce una acumulacion de 3 cancelaciones sin previo aviso de 24 horas y/o no se presenta, vamos a alta al paciente de la practica.

Por favor, firme al reconocer su comprension y aceptacion de cumplir con nuestra politica de la oficina.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre del Paciente

Si usted es un representante para el paciente con su atencion por favor firme abajo

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre y el Titulo

**Solo para uso oficial:**



**HOJA DE COMUNICACION DEL PACIENTE**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Las siguientes instrucciones se refieren a la paciente mencionado:  
(Por favor haga seleccion adecuada)

\_\_\_\_\_ Aceptar para llamar a casa y dejar mensajes

\_\_\_\_\_ NO deje mensajes

\_\_\_\_\_ NO llame al telefono de su casa  
\*\*\*Llame a este numero solo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ NO hablar con miembros de la familia

\_\_\_\_\_ Permiso para hablar con miembros de la familia SOLO si enumeran a  
continuacion:

- |          |                 |
|----------|-----------------|
| 1. _____ | Relacion: _____ |
| 2. _____ | Relacion: _____ |
| 3. _____ | Relacion: _____ |
| 4. _____ | Relacion: _____ |

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO O RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he recibido una copia de Arizona Skin & Laser Ltd. "Aviso de Practicas de Privacidad" Este aviso describe como Arizona Skin & Laser Ltd. puede utilizar y divulgar mi informacion de salud protegida, ciertas restricciones sobre el uso y divulgacion de mi atencion medica y los derechos que pueda tener con respector a mi informacion de salud protegida.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre del Paciente

\*\*\*Si usted es un representante para el paciente con su atencion por favor firme abajo

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir Nombre y Titulo

