

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- I o II
- 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"/> NINGUNO |

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"/> Ninguno |

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 | <input type="checkbox"/> Problemas con Cicatrices (hipertroficas o queloides) |
| <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"/> NINGUNO |

-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 | Ano: _____ |
| <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"/> NINGUNO |

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