

DR. ERIC FINZI & ASSOCIATES

General & Cosmetic Dermatology

Chevy Chase Cosmetic Center • 240-482-2555 | Dermatology & Cosmetic Surgery Associates • 301-345-7375

HISTORIAL MEDICO

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Razón por su consulta hoy: _____

¿Actualmente tiene o alguna vez ha tenido enfermedades o condiciones de?: (Marque SI o NO):

Pulmones:	SI	NO	Otras Sistémico:	SI	NO
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular:	SI	NO	Articulación Artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia O Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la Válvula Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latido Irregular del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Auto Inmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflamación de las Venas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV + (Positivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos en el Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Trasplante de Órganos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de la ultima infección de gripe trío: _____ **Ultima vacunación neumonía** _____

Listo las otras enfermedades, enfermedades crónicas, o procedimientos quirúrgicos en los últimos 6 meses:

Historia de la Piel:

¿Alguna vez ha tenido cáncer de la piel? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Alguien en su familia tiene cáncer de la piel? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Tiene una historia de enfermedades de la piel? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Tiene problemas con el proceso de cicatrización? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Desarrollar queloides (cicatrices) después de la cirugía? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Sangra fácilmente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>Si la respuesta es si, por favor especifique:</p> _____ _____ _____ _____ _____
--	---

¿Desarrollas erupciones cutáneas en reacción a?:

Medicación Alimentos Ambiente Los Vendajes Los Ungüentos Tópicos Neosporin Otras _____

Historia Social:

¿En la actualidad toma bebidas alcohólicas? SI NO Si la respuesta es si, ¿cuantas bebidas por día?: _____
 ¿Usted fuma? SI NO Si la respuesta es si, ¿cuantos cigarrillos y cigarros al día? _____

Pacientes Femenino:

¿Esta usted embarazada? SI NO ¿Esta amamantando? SI NO

Completado por: _____ **Fecha:** ____/____/____

Firma de: _____ **Fecha:** ____/____/____