

**(\*\*POR FAVOR, RELLENA ESTE FORMULARIO Y ENTRÉGALO A UNA ENFERMERA CUANDO TE TRAIGAN DE VUELTA A UNA HABITACIÓN\*\*)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Data de nacimiento: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Historial médico pasado: (por favor, rodea todo lo que se aplique)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ninguno</li> <li>● Trastorno de ansiedad</li> <li>● Artritis</li> <li>● Asma</li> <li>● Fibrilación auricular</li> <li>● Hiperplasia prostática benigna</li> <li>● Accidente cerebrovascular</li> <li>● Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</li> <li>● Arteriosclerosis coronaria</li> <li>● Depresión</li> <li>● Diabetes</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Causa de la enfermedad por 2019-nCoV</li> <li>● Hipertensión</li> <li>● Enfermedad renal terminal</li> <li>● Epilepsia</li> <li>● Reflujo ácido</li> <li>● Pérdida auditiva</li> <li>● VIH</li> <li>● Colesterol alto</li> <li>● Hipertiroidismo</li> <li>● Hipotiroidismo</li> <li>● Enfermedad inflamatoria del hígado</li> <li>● Leucemia</li> <li>● Linfoma maligno</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tumor maligno del pulmón</li> <li>● Tumor maligno de los senos</li> <li>● Tumor maligno de colon</li> <li>● Tumor maligno de próstata</li> <li>● Gestión del tratamiento de radioterapia</li> <li>● Trasplante de médula ósea</li> <li>● Otros: _____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> </ul> |
|--|---|---|

Historial quirúrgico pasado: (por favor, marque todo lo que se aplique)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ninguno</li> <li>● Resección abdominoperineal</li> <li>● Biopsia de mama</li> <li>● Biopsia de próstata</li> <li>● Injerto de bypass de la arteria coronaria</li> <li>● Riñón completo trasplantado</li> <li>● Excisión del carcinoma basocelular</li> <li>● Excisión del melanoma</li> <li>● Excisión del carcinoma de células escamosas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Apendicectomía</li> <li>● colecistectomía</li> <li>● Colostomía</li> <li>● PTCA</li> <li>● Cistectomía</li> <li>● Histerectomía</li> <li>● Biopsia renal</li> <li>● Tumorectomía de mama, izquierda/derecha/bilateral</li> <li>● Mastectomía de la mama izquierda/izquierda/derecha</li> <li>● Reemplazo mecánico de válvula cardíaca</li> <li>● Ooforectomía</li> <li>● Pancreatectomía</li> <li>● Extirpación de cálculos renales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Prostatectomía</li> <li>● Esplenectomía</li> <li>● Biopsia quirúrgica de la piel</li> <li>● Nefrectomía total</li> <li>● Orquiectomía total</li> <li>● Reemplazo total de la articulación de la cadera izquierda/cadera derecha</li> <li>● Reemplazo total de la articulación de la rodilla izquierda/rodilla derecha</li> <li>● Trasplante de corazón</li> <li>● Trasplante de hígado Otros: _____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> <li>_____</li> </ul> |
|---|---|--|

**Historial de enfermedades de la piel: (por favor, marque todos los que se apliquen)**

- Ninguno
- Acné
- Queratosis actínica
- Carcinoma basocelular de la piel
- H/O: asma
- H/O: fiebre del heno
- Melanoma maligno
- Prurito del cuero cabelludo
- Psoriasis
- Célula escamosa
- Carcinoma
- Quemadura solar de segunda
- Título
- Lupus
- Tejas,
- Úlceras labiales
- Vitíligo
- Otros: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Protección de la piel:**

¿Usas protector solar? \_\_\_\_\_ Sí \_No. Si es así, ¿qué protector solar? \_\_\_\_\_

¿Te bronceas en un salón de bronceado? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**Antecedentes familiares del melanoma:**

¿Tienes antecedentes familiares de melanoma? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si es así, ¿qué familiar(es)? \_\_\_\_\_

**Medicamentos: (por favor introduzca todos los medicamentos y dosis actuales)**

**Nombre y dosis del medicamento** **Frecuencia**

Nombre y dosis del medicamento	Frecuencia

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historia social: (Por favor, selecciona todo lo que se aplica)**

**Fumar cigarrillos:**

- Fumador de todos los días actual
- Actualmente fumador algún día (tabaco)
- Actualmente fumador algún día (cigarrillo)
- Antiguo fumador
- Nunca fumo
- Fumador de puros
- Fumador de tabaco empedernido
- Fumador ligero de tabaco
- NINGUNA

**Consumo de alcohol:**

- menos de 1 bebida al día
- 1-2 bebidas al día
- 3 o más bebidas al día
- NINGUNA

Si tienes más de 65 años, ¿tienes un representante médico en caso de que no puedas tomar tus propias decisiones médicas?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si es así, ¿cuál es su nombre y número de teléfono? \_\_\_\_\_

¿Tienes testamento vital? \_\_\_\_\_

¿Tienes un Not Resuscitate o un Not Intube? \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares: Enfermedad y dolencia significativa, cutánea o de otro tipo. Solo parientes biológicos de primer grado: madre, padre, hermano, hermana, hijos**

Estado	Relativo

**Reseña de sistemas: ¿Estás experimentando actualmente alguno de los siguientes síntomas? (Por favor, marque "Sí o "NO")**

Síntoma	Sí	No	Síntoma	Sí	No
Dolor abdominal			Pérdida del olfato o del gusto		
Debilidad muscular			Depresión		
Ansiedad			Convulsiones		
Rigidez del mástil			Fiebre o escalofríos		
Heces Sangrientas			Dificultad para respirar		
Orina sangrante			Fiebre del heno		
Problemas con el sangrado			Problemas de tiroides		
Visión borrosa			Dolores de cabeza		
Problemas con la curación			Pérdida de peso no intencionada		
Dolor en el pecho			Inmunosupresión		
Dolores articulares			Sibilancias		
Cicatrices (hipertróficas/queloides)			Otros		

**Alertas: (por favor marca todo lo que se aplique)**

- Anticoagulantes
- Marcapasos
- Desfibrilador
- Hepatitis B/C
- Historia del melanoma
- VIH/SIDA
- Lactancia o lactancia materna
- Antibióticos preoperatorios
- Alergia a la lidocaína
- Sensibilidad a la EPI
- Embarazo o planificación del embarazo
- Alergia al látex
- Alergia a los adhesivos
- Reemplazos articulares en los últimos 6 meseS
- Vasovagal