

Acclaim Dermatology Formulario de Admisión

**Apellido del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Segundo Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Es Menor, Nombre de los Padres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*Si necesitamos comunicarnos con usted M-F, 8-5,* ¿Cuál es la major manera de contractarlo?**

(Por favor circule uno debajo)

**Números de Teléfono: Casa: Móvil: Trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Correo Electrónico: Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**En Caso De Emergencia:**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Referido Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Alertas:** (Por Favor Marque SÍ o NO)

\_\_\_ SÍ \_\_\_ NO Válvula cardíaca artificial o articulaciones

\_\_\_ SÍ \_\_\_ NO Marcapasos o desfibrilador presente

\_\_\_ SÍ \_\_\_ NO Latidos rápidos del corazón con epinefrina

\_\_\_ SÍ \_\_\_ NO Anticoadulantes

\_\_\_ SÍ \_\_\_ NO remedicación previa a los procedimientos

**\*\*\*Solo Mujeres:**

Embrazada, planeando un embarazo o amamantando \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

El ultimo period menstrual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Médica Pasada:** (Por favor marque todos los que apliquen, si ninguno marca **Ninguno**)

**\_\_\_ Ninguno**

\_\_\_ La Ansiedad

\_\_\_ La artritis

\_\_\_ El asma

\_\_\_ Trastorno Hemorrágico

\_\_\_ Enfermedad intestinal

Cáncer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ La EPOC

\_\_\_ La depresión

\_\_\_ La Diabetes

\_\_\_ La dificultad respiratoria

\_\_\_ GERD

\_\_\_ Dolores de cabeza

\_\_\_ La pérdida auditiva

\_\_\_ La enfermedad del corazón

\_\_\_ La Hepatitis

\_\_\_ La presión sanguínea alta

\_\_\_ El colesterol alto

\_\_\_ El VIH/SIDA

\_\_\_ Hipertiroidismo

\_\_\_ Hipotiroidismo

\_\_\_ La inmunosupresión

\_\_\_ Los latidos cardíacos irregulares

\_\_\_ Enfermedad Renal

\_\_\_ La leukemia

\_\_\_ Enfermedad hepática

\_\_\_ Lupus

\_\_\_ El Linfoma

\_\_\_ La radiación

      Tratamiento

\_\_\_ Convulsiones

\_\_\_ Accidente cerebrovascular

**Otro:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Quirúrgica Pasada:** (Por favor marque todos los que apliquen, si ninguno marca **Ninguno**)

**\_\_\_ Ninguno**

\_\_\_ Apéndice eliminado

\_\_\_ Implantes de mama

\_\_\_ Mama tumorectomía

\_\_\_ Mama mastectomía

\_\_\_ La cirugía de reducción de mamas

\_\_\_ De derivación de la arteria coronaria

\_\_\_ Vesícula Biliar

\_\_\_ El trasplante de corazón

\_\_\_ La histerectomía

\_\_\_  La válvula mecánica

      Sustitución

\_\_\_ La sustitución de la articulación dentro

       2 Últimos años

\_\_\_ Quita piedras de riñón

\_\_\_ Trasplante de riñón

\_\_\_ Cirugía de Mohs

\_\_\_ Extirpación de bazo

**Otro:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Historia de Enfermedad de la Peil:** (Por favor marque todos los que apliquen, si ninguno marca **NONE**)

\_\_\_ **Ninguno**

\_\_\_ El acné

\_\_\_ Ampollas de quemaduras de sol

\_\_\_ La fiebre del heno o las alergias

\_\_\_ La Psoriasis

\_\_\_ La queratosis actínica

\_\_\_ La piel seca

\_\_\_ El melanoma

\_\_\_ La biopsia de piel

\_\_\_ El carcinoma de células basales.

\_\_\_ Eccema

\_\_\_ La hiedra venenosa

\_\_\_ El carcinoma de células escamosas

\_\_\_ Descamación o picazón en el cuero cabelludo

\_\_\_ Topo precancerosas

**Otro:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**¿Usar crema protectora solar?** \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO *Si la respuesta es sí, ¿qué SPF? \_\_\_\_\_*

**¿Bronceado en un salón de bronceado?** \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

**¿Tiene antecedentes familiares de melanoma?** \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

En caso afirmativo, ¿qué relación

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

**Cualquier otra historia familiar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Medicamentos:**

¿Está tomando algún medicamento (recetas, over-the-counter) regularmente ahora? \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

Si la respuesta es sí, por favor imprima todos los medicamentos y las dosis por debajo de

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

**Alergias a medicamentos** \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

Si la respuesta es sí, por favor, imprima toda la medicación alergias e incluir la reacción debajo

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

**Otras alergias:** \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

Si la respuesta es sí, por favor imprima todas las alergias e incluir la reacción debajo

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

**La Historia Social:** Marque todas las opciones que correspondan)

**Fumar Cigarillos:**

\_\_\_ Nunca \_\_\_ Ex Fumador \_\_\_ Fuma Diariamente

¿Cuánto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**El Consumo de Alcohol:**

\_\_\_ Nunca \_\_\_ Sociales \_\_\_ Pesado

¿Cuánto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**El Uso Ilícito de Drogas:**

\_\_\_ Nunca \_\_\_ El Consumo De Drogas \_\_\_ Uso de Drogas Intravenosas

**La información anterior es verdadera al mejor de mi conocimiento. Autorizo a mis beneficios de seguro se paga directamente al médico. Entiendo que soy responsable por cualquier saldo. Autorizo también**

**Acclaim Dermatology o compañía de seguros para liberar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Imprimir el Nombre del Paciente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Paciente (o Guardián)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relación**