



FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE

TODO CON UN (*) SE REQUIERE

INFORMACION DEL PACIENTE

Prefijo: _____ ***Apellido:** _____ ***Primer Nombre:** _____

Segundo Nombre: _____ Sufijo: _____ Apodo: _____

Estado Civil: _____ ***Numero de Seguro Social:** _____

***Fecha de Nacimiento:** _____ Ciudad de Nacimiento: _____ ***Sexo al Nacer:** M / F

Idioma que Habla: _____ Grupo Etnico: _____ Raza: _____

Domicilio: _____ Domicilio Linea 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ Pais: _____

Nombre del Empleador: _____ Ocupacion: _____

Estatus de Empleo: TIEMPO COMPLETO TIEMPO MEDIO PENSIONADO DISABILITADO ESTUDIANTE DISCAPACITADO

Numero de Telefono Preferido (Circule Uno): CASA TRABAJO MOVIL

de Casa: _____ # de Trabajo: _____ # Movil: _____

***Esta bien dejar mensaje detallado:** SI NO

Correo Electronico: _____ Correo Electronico Alternativo: _____

***Desea optar por recibir notificaciones por correo electronico:** SI NO

***Nombre de Contacto para Emergencias:** _____ ***No. de Telefono:** _____

Nombre Completo de Esposo(a): _____ No. de Telefono: _____

Nombre Completo de Cuidador: _____ No. de Telefono: _____

INFORMACION DEL TUTOR (Para Menores de 18 SOLAMENTE)

Nombre de la Madre: _____ Numero de Telefono: _____

Nombre del Padre: _____ Numero de Telefono: _____

Nombre del Tutor: _____ Numero de Telefono: _____



INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Nombre del Plan: _____ *Tipo de Poliza: _____

*Numero de Poliza: _____ Numero del Grupo: _____

Nombre en la Tarjeta del Seguro Medico Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Relacion con el Titular de la Poliza: **MISMO** **ESPOSO(A)** **HIJO(A)** **OTRO**

Tiene su seguro medico algun Laboratorio de preferencia? SI NO

Si responde Si, Nombre del Laboratory: _____

PARTE RESPONSABLE

*Relacion al Paciente (Circule Uno): **MISMO** **ESPOSO(A)** **HIJO(A)** **OTRO**

*Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Prefijo: _____ *Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social : _____

*Domicilio: _____ Domicilio Linea 2: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Codigo Postal: _____ *Pais: _____

de Casa: _____ # de Trabajo: _____ # Movil: _____

Correo Electronico: _____ Correo Electronico Alternativo: _____

REVELACION DE REGISTROS PERSONALES

Yo, _____ por medio del presente doy mi consentimiento a Lux Dermatology a revelar cualquier informacion perteneciente a mi, a la siguiente persona:

Nombre Completo: _____ Relacion al Paciente: _____

Numero de Casa: _____ Numero Movil: _____

INFORMACION DE LA FARMACIA

Nombre de la Farmacia: _____ Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____ Telefono: _____



CONDICIONES MEDICAS PASADAS (Circule Todas las que Apliquen)

ARTRITIS	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	TRASTORNO DEPRESIVO
DIABETES MELLITUS	ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL	HISTORIAL DE HIPERTENSION
V.I.H.	HIPERCOLESTEROLEMIA	LEUCEMIA
LINFOMA MALIGNO	TUMOR MALIGNO DEL COLON	PERDIDA DE AUDICION

ULTIMA FECHA MENSTRUAL: _____

CIRUGIAS ANTERIORES (Circule Todas las que Apliquen)

HISTORIAL DE LA COLECTOMIA TRANSPLANTE DE RIÑON EXCISION DE MELANOMA TRANSPLANT DE CORAZON

REEMPLAZO DE LA ARTICULACION REEMPLAZO DE LA VALVULA CARDIACA MECANICA TRANSPLANTE DE HIGADO

OTRO: _____

CONDICIONES DE LA PIEL (Circule Todas la que Apliquen)

ACNE	QUERATOSIS ACTINICA	CARCINOMA DE CELULAS BASALES DE PIEL
NEVUS DISPLASICO DE PIEL	ECZEMA	HISTORIAL FAMILIAR DE MELANOMA
HISTORIAL DE ASMA	MELANOMA MALIGNO	SORIASIS
CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS		QUEMADURA SOLAR DE SEGUNDO

GRADO PROTECCION SOLAR SPF: _____

ALERGIAS (Favor de nombrar todas las alergias y tipo de reaccion)



Formulario de Admision del Paciente MIPS

Nombre: _____ FDN: _____ Correo Electronico: _____

Medico Principal: _____ Medico de Referencia: _____

Melanoma:

Alguna vez le han diagnosticado Melanoma? Si No

Si responde SI, alguna vez le hicieron una Radiografia del Torax (X-Ray), una Tomografia Computarizada (CT), una Ecografia (Ultrasonido), una Resonancia Magnetica (MRI) o

Tomografia por Emision de Positrones (PET)? Si No

Uso de Alcohol:

Con que frecuencia toma bebidas alcoholicas?

Nunca Menos de una bebida al dia De 1-2 bebidas al dia De 3 o mas bebidas al dia

Uso de Tabaco: (Favor de seleccionar la opcion que mejor describa el consumo del tabaco)

Nunca Actualmente diario Actualmente Ocasional Ex Fumador

Fumador Actual: De 1-3 cigarros al dia Hasta 1 cajetilla al dia

De 1-2 cajetillas al dia 2 o mas cajetillas al dia

Medicamentos Actualmente: (Incluya Nombre, Dosis, Frecuencia, Y Como la Toma)

Vacunas: Ha recibido las siguientes vacunas?

Vacuna contra la Influenza (en la ultima temporada de influenza): Si No

Vacuna contra la Neumonia: Si No

66 años de edad Y Mas: Tiene usted lo siguiente:

Carta Poder (Sustituto para Tomar Decisiones) Testamento en Vida Nada
Nombre/Relacion: _____ (Plan de Atencion Avanzada)