



**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)