

# Historia y Formulario de Admisión

---

**Historial médico:** (por favor marque todo lo que corresponda)

Ansiedad (Anxiety)	Pérdida de la audición
Artritis	Hepatitis
Asma	Alta presión sanguínea
Fibrilación auricular	VIH / SIDA
Trasplante de médula ósea	Colesterol alto
Problemas de la próstata	Los problemas de tiroides
El cáncer de mama	Leucemia
Cáncer de colon	Cáncer de pulmón
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	linfoma
Enfermedad de la arteria coronaria	El cáncer de próstata
Depresión	El tratamiento de radiación
Diabetes	convulsiones
Enfermedad renal en etapa terminal	derrame cerebral

**NINGUNA Enfermedad**

Other \_\_\_\_\_

**Historial de cirugías:** (por favor marque todo lo que corresponda)

Eliminación apendicitis	Cirugía de revascularización coronaria
extirpación de la vejiga	Reemplazo de la válvula mecánica
Mastectomía ( derecha, izquierda , bilateral )	Trasplante de corazón
Lumpectomía ( derecha, izquierda , bilateral )	Reemplazo de articulaciones de rodilla (derecha, izquierda , bilateral )
Biopsia de mama ( derecha, izquierda , bilateral )	El reemplazo de articulaciones de la cadera (derecha, izquierda , bilateral )
Reducción de senos	Reemplazo de articulación dentro de los últimos 2 años
Implantes mamarios	Biopsia de riñón ( nefrectomía)
Colectomía : La resección del cáncer de colon	Eliminación de Riñón ( derecha, izquierda )
Colectomía : diverticulitis	Eliminación de cálculos de riñón
Colectomía : enfermedad inflamatoria intestinal	Trasplante de riñón
Eliminación de la vesícula biliar	

Eliminación de ovarios : endometriosis

RTUP ( extirpación de la próstata )

Eliminación de ovarios : Quiste

la extirpación del bazo Extirpan los testículos

Cáncer de ovario

( derecha, izquierda , bilateral )

Cáncer de próstata

Histerectomía completa

Biopsia de próstata

Histerectomía parcial

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

**Skin Disease History:** (please circle all that apply)

Acné (Acne)

Eczema

Hiedra venenosa

Queratosis actínicas

Cuero cabelludo escamoso o

(Poison Ivy)

(Actinic Keratoses)

con picazón

Lunares precancerosos

Asma (Asthma)

(Flaking or Itchy Scalp)

(Precancerous Moles)

Cáncer de piel basocelular

Fiebre del heno Alergias

Psoriasis

(Basal Cell Skin Cancer)

(Hay Fever/Allergies)

Cancer de Piel células

Ampollas de sol

Melanoma

escamosas

(Blistering Sunburns)

(Squamous Cell Skin Cancer)

Piel seca (Dry Skin)

Otros

(other) \_\_\_\_\_

Usa crema de proteccion? Si No

If yes, what SPF? \_\_\_\_\_

Do you tan in a tanning salon? Si No

Do you have a family history of Melanoma? Si No

If yes, which relative(s)? \_\_\_\_\_

**Medicinas:** (Por favor, introduzca todos los medicamentos actuales)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allergias:** (Por favor, introduzca todos las alergias actuales)

---

---

---

Historia social: (Marque con un círculo todo lo que corresponda)

Fumar Cigarrillos:

- Fumador Actual
- Ha fumado en el pasado
- Nunca fumado
- Ex fumador

ETOH: uso de alcohol:

- Nunca
- Solamente Social
- Menos de un trago por dia
- 1-2 tragos por dia
- 3 o mas tragos por dia

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

**Historial familiar** (Sólo familiares de primer grado de la madre , padre , hija , hijo , hermano o hermana )

Enfermedad	Familiar	Enfermedad	Familiar
Cáncer de colon		La enfermedad de la vesícula biliar	
Cáncer de esofago		Liver Disease	
Cáncer de estomago		Enfermedad del hígado	
Enfermedad celíaca		tumor maligno ( páncreas) Los	
Crohn's Disease		Los pólipos de colon	
Diverticulitis		Colitis ulcerosa	



