

Affiliated Dermatologists, Inc.
 3901 Las Posas Rd., Suite 108
 Camarillo, CA 93010
 Tel: (805) 484-3331 Fax: (805) 987-2118
 Edward A. Searle, M.D. | Jill S. Mines, M.D.

Historia Medica Dermatológica

Nombre: _____ Fecha: _____

Razón por su visita: _____

¿Tiene alergias a medicamentos? _____ Si _____ no _____ si, si aliste de abajo:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

¿Desarrolla erupciones cutáneas en reacción a ___ Medicamento ___ Comida ___ Medio ambiente ___ Curitas ___ Nesporin Topical

Otro: _____

¿Alguna vez ha tenido anestesia dental? _____ Si _____ No ¿Alguna mala reacción? _____ Si _____ No

Aliste todos los medicamentos que está tomando actualmente (incluyendo recetas, recetas libres, vitaminas y hierbas)

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

¿Tiene ahora o alguna vez ha tenido enfermedades o afecciones de: (por favor cheque SI o NO)

PULMONES:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	OTRO SISTEMICO:	<u>SI</u>	<u>NO</u>
Enfisema	_____	_____	Diabetes	_____	_____
Asma	_____	_____	Tiroides	_____	_____
Falta de aliento	_____	_____	Riñón	_____	_____
CARDIOVASCULAR:	<u>SI</u>	<u>NO</u>	Diálisis	_____	_____
Alta presión	_____	_____	Vejiga	_____	_____
Ataque al corazón	_____	_____	Artritis/ Deformidad articular	_____	_____
Soplo cardíaco	_____	_____	Articulación Artificial	_____	_____
Latido del corazón irregular	_____	_____	Epilepsia o Convulsiones	_____	_____
Flebitis	_____	_____			
Coágulos de sangre	_____	_____			
Marcapasos de corazón	_____	_____			

Lista de cualquier otra enfermedades o condiciones: _____

Lista de procedimientos quirúrgicos que ha tenido: _____

PIEL:

- ¿Alguna vez ha tenido cáncer de piel? _____SI _____NO Tipo: _____
- ¿Alguien de su familia tiene cáncer de piel? _____SI _____NO Tipo: _____
- ¿Tiene antecedentes de alguna enfermedad de piel específico? _____SI _____NO Tipo: _____
- ¿Tienes problemas con la curación? _____SI _____NO
- ¿desarrolla queloides (cicatrices) después de la cirugía? _____SI _____NO
- ¿Sangras fácilmente? _____SI _____NO

HISTORIA SOCIAL

- ¿Bebes alcohol? _____SI _____NO ¿sí?, ¿cuántas tragos al día?: _____
- ¿Usas drogas intravenosas? _____SI _____NO Tipo: _____
- ¿Fumas? _____SI _____NO ¿sí? ¿cuanto? _____
- ¿Alguna vez ha tenido o ha estado expuesto al VIH (SIDA)? _____SI _____NO

¿Cuál es tu ocupación? _____ ¿Aficiones? _____

(MUJERES) ¿Está embarazada? ___ si ___ no Fecha de parto ___/___/___ ¿Lactando? SI ___ no ___

Completed by: ___ Patient _____
 ___ Medical Assistant ___ Initials _____ FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

Affiliated Dermatologists, Inc.
3901 Las Posas Rd., Suite 108
Camarillo, CA 93010
Tel: (805) 484-3331 Fax: (805) 987-2118
Edward A. Searle, M.D. | Jill S. Mines, M.D.

Dermatology Medical History

Name: _____

Date: _____

Reason for today's visit: _____

Are you allergic to any medications? _____ YES _____ NO _____ If yes, list below:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Do you develop skin rashes in reaction to _____ Medications _____ Food _____ Environment _____ Bandages _____ Topical Neosporin
Other: _____

Have you ever had dental anesthesia (Novacaine)? _____ YES _____ NO Any bad reaction? _____ YES _____ NO

Lista all medications you are currently taking) including prescriptions, over-the-counter meds, vitamins and herbals):

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Do you have now, or have you ever had diseases or conditions of: (Please check: YES or NO)

LUNGS:	<u>YES</u>	<u>NO</u>	OTHER SYSTEMIC:	<u>YES</u>	<u>NO</u>
Emphysema	_____	_____	Diabetes	_____	_____
Asthma	_____	_____	Thyroid	_____	_____
Shortness of Breath	_____	_____	Kidney	_____	_____
CARDIOVASCULAR:	<u>YES</u>	<u>NO</u>	Dialysis	_____	_____
High Blood Pressure	_____	_____	Bladder	_____	_____
Heart Attack	_____	_____	Arthritis/Joint Deformity	_____	_____
Heart Murmur	_____	_____	Artificial Joint	_____	_____
Irregular Heartbeat	_____	_____	Epilepsy or Seizures	_____	_____
Phlebitis	_____	_____			
Blood clots	_____	_____			
Pacemaker	_____	_____			

List any other diseases or conditions: _____

List surgical procedures you have had: _____

SKIN:

Have you ever had skin cancer? _____ YES _____ NO Type: _____
Has anyone in your family had skin cancer? _____ YES _____ NO Type: _____
Do you have history of any specific skin diseases? _____ YES _____ If yes: _____
Do you have problems with healing? _____ YES _____ NO
Do you develop keloids (scars) after surgery? _____ YES _____ NO
Do you bleed easily? _____ YES _____ NO

SOCIAL HISTORY:

Do you drink alcohol? _____ YES _____ NO If YES, how many drinks per day? _____
Do you use IV drugs? _____ YES _____ NO If YES, what? _____
Do you smoke? _____ YES _____ NO If YES, how much? _____
Have you had or have been exposed to HIV(AIDS)? _____ YES _____ NO

What is your occupation? _____ Hobbies? _____

(Women) Are you pregnant? _____ YES _____ NO Due Date: ____/____/____ Nursing? _____ YES _____ NO

Completed by: _____ Patient _____
_____ Medical Assistant _____ Initials _____ Patient Signature _____ Date _____