

Dr. Ayar igual a los empleados en Dermatology Experts estan muy agradecidos que has elegidos nuestra oficina para tus necesidades de sauld. Por favor completa las preguntas siguiente para mejorar tu visita. La informacion siguiente ayuda ha los medicos igual al doctor con los datos de seguro, direccion, cambios de medicamentos, ect. Nuestro empleados estan disponible ha responder a tus preguntas tratando de nuestro servicios y productos que ofrecemos.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Telefono: _____

Rason por tu visita: _____ Correo Electronico: _____

Altura: _____ Peso: _____ Masculino (M) Femenino (F)

¿Vacuna contra la gripe esta temporada? SI NO

¿Vacuna contra la neumonía en los últimos 5 años? SI NO

¿Tiene o alguna vez ha tenido enfermedades o condiciones de lo siguiente? (En caso afirmativo, marque la casilla.)

RESPIRATORIO: [] Bronquitis [] Enfisema [] Asma [] Tos crónica [] Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

VASCULAR: [] Alta Presion [] Dolor de Pecho [] Ataque al Corazón [] Soplo Cardíaco [] Corazón Irregular

[] Marcapasos Cardíaco [] Coágulo de Sangre / Flebitis [] Prolapso de la Válvula Mitral

OTRO SISTEMICOS: [] Diabetes [] Tiroides [] Riñón [] Vejiga [] Estómago [] Glaucoma [] Artritis / Articulación

MEDICACIÓN ACTUAL (POR FAVOR, MARQUE SI O NO)

EN CASO QUE SI, POR FAVOR EXPLICA : _____

En este momento :

¿Tienes alguna alergias a comidas o medicament? SI NO

¿Estas tomando antibioticos profilácticos? SI NO

¿Tomando alcohol? SI NO

¿Usando drogas por fluidos IV? SI NO

¿Usando medicamentos? SI NO

¿Exposado al VIH? SI NO

¿Exposado a un transfusión de sangre? SI NO

¿Exposado a una hepatitis? SI NO

¿Cuanta veces al dia? _____

¿Nombre de los medicamentos? (POR FAVOR LISTA)

¿Alguna vez, ha tenido anestesia dental? SI NO

¿Alguna vez, tenido una reacción adversa a la anesthesia? SI NO

PIEL (POR FAVOR, MARQUE SI O NO)

¿Fumas? SI NO ¿Fumabas? SI NO

¿Estas usando productos de la piel? SI NO

HA CASO QUE SI, INDICA EL NOMBRE/RAZÓN?

(Mujeres) ¿Estas embarazada? SI NO

¿Cuando estas en el sol, Usted usualment se:

[] Broncea [] Broncea y Quemarse [] Quemarse

¿Por favor indica ulgunas enfermedades o condiciones de cual deberíamos ser conscientes de? _____

¿Has tenido procedimientos en los últimos 6 meses?

SI NO

¿Necesita antibióticos antes de la cirugía? SI NO

¿Tienes alguna familia con cancer de la piel? SI NO

¿Has tenido alguna historia de cancer de piel? SI NO

¿Tienes articulaciones artificiales? SI NO

HA CASO QUE SI, INDICA QUE TIPO DE Y DONDE:

COSMETICO

¿Alguna vez has tenido procedimientos cosméticos?

SI NO

¿Algunos prodedimientos procedimientos cosméticos de interés? SI NO

¿Algun interés en CoolSculpting? SI NO

En el siguiente diagrama, tenga en cuenta en cualquier lugar que desea mejorar:

