

Cuestionario Médico

Nombre _____ **Fecha** _____ **Fecha de Nacimiento** _____

(Enumerar por favor) Si no, marque aquí

¿Tienes o alguna vez has tenido alguno de los siguientes?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer de piel/Melanoma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acné |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Piel queoide/cicatrices |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eccema/Erupciones de piel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad con cicatrización de heridas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infecciones de la piel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soriasis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma/Rinitis alérgica/Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo del corazón/ Prolapso de Válvula Mítral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Articulación artificial/Válvula de corazón/ Prótesis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlcera/ gastritis/Reflujo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de riñón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infecciones de nacimiento de la sangre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusión de sangre: |
| | | Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis-B o C (circundar por favor) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía/hospitalizaciones |
| | | Cirugía Fecha Hospital |
| | | _____ |
| | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro _____ |

¿Estás tomando actualmente algún suplemento vitamínico o mineral?

(Enumerar por favor) Si no, marque aquí

Otras preguntas **Si** **No**

¿Estás tomando actualmente Accutane o ha utilizado el Accutane en el pasado?

¿Goza de buena salud?

¿Esta bajo el cuidado de algún medico?

Para qué condiciones?

¿Nombre de su medico de la atención primaria? _____

Si **No**

Fuma

Toma

Toma el sol o utiliza cabina de bronceado

Necesita antibióticos antes de cirugía

o de trabajo dental

Sangra durante mucho tiempo después de un corte o de una extracción.

Utiliza protección solar

Hembras Solamente **Si** **No**

¿Estás embarazada?

¿Están dando leche materna?

¿Tomas píldoras de control

¿Nombre de píldoras de control _____

Fecha de periodo menstrual pasado ____/____/____

¿Alguno de sus parientes ha padecido alguna vez algo de lo siguiente?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer de piel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Melanoma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lunares anormales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma/Rinitis Alérgica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eccema / Erupciones de piel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soriasis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otra enfermedad de la piel _____ |

Firma: _____

¿Es alérgico a algún medicamento?