

DERMATOLOGY HEALTH HISTORY (HISTORIA DE SALUD DE DERMATOLOGÍA)

First Name (Nombre):	NOTE: This form provides information about your healthcare history, is confidential, and part of your medical record. If you do not understand a question or word, please ask for assistance. <i>(Este formulario proporciona información sobre su historial médico, es confidencial, y es parte de su archivo médico. Si usted no entiende alguna pregunta o alguna palabra, por favor pida ayuda.)</i>	
Last Name (Apellido):		
Primary Care Doctor/Provider (Médico de atención primaria):		
	Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad):	Preferred Language (Idioma Preferido):

FEMALE PATIENTS ONLY (SÓLO PARA MUJERES)

Are you currently: **Pregnant** (Embarazada)
¿Está usted actualmente: **Breastfeeding** (Dando de mamar)

SKIN CANCER HISTORY (HISTORIAL MÉDICO DE CÁNCER DE PIEL)

Type of Cancer (Tipo de cáncer)	Location of Cancer (Qué parte del cuerpo tiene cáncer)	Year of Diagnosis (Año de diagnóstico)

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Si)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Si)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Si)	No
Acne (Acné)			Allergy to Bacitracin (Alérgico a la Bacitracina)			Allergy to Neosporin (Alergia a Neosporin)		
Arthritis (Artritis)			Cancer (Cáncer)			Diabetes mellitus (Diabetes mellitus)		
Epinephrine Allergy (Alergia Epinefrina)			Eczema (Eczema)			Heart murmur (Soplo (murmullo) cardíaco)		
Heart valve problem (Problema en las válvulas del corazón)			Hepatitis (Hepatitis)			HIV/AIDS (VIH/SIDA)		
Hypertension —high blood pressure (Alta presión arterial)			Keloids (Queloides)			Latex Allergy (Alergia al Látex)		
Lidocaine Allergy (Lidocaína Alergia)			Lupus (Lupus)			Need for prophylactic antibiotics (Necesidad de antibióticos profilácticos)		
Pacemaker (Marcapasos)			Psoriasis (Psoriasis)			Radiation treatment (Tratamiento de radiación)		
Rosacea (Rosácea)			Sunburns (Quemaduras de sol)					

Other medical history (Otro historial médico):

FAMILY HISTORY (ANTECEDENTES FAMILIARES)

Relationship (Relación)	Acne (Acné)	Autoimmune disease (Enfermedad autoinmune)	Basal cell carcinoma (Carcinoma de células basales)	Clotting disorder (Trastornos de la coagulación)	Diabetes (Diabetes)	Eczema (Eczema)	Melanoma (Melanoma)	Psoriasis (Psoriasis)	Squamous cell carcinoma (Carcinoma de células escamosas)	Arthritis (Artritis)	Cancer (Cáncer)	Depression (Depresión)	Hypertension – high blood pressure (Alta presión arterial)					
Mother (Madre)																		
Father (Padre)																		
Sister (Hermana)																		
Brother (Hermano)																		
Maternal Grandmother (Abuela Materna)																		
Maternal Grandfather (Abuelo Materno)																		
Paternal Grandmother (Abuela Paterna)																		
Paternal Grandfather (Abuelo Paterno)																		
Adopted (Adoptado/a) <input type="checkbox"/>																		

SOCIAL HISTORY (HISTORIA SOCIAL)

Tobacco Use (Uso del Tabaco): Yes (Sí) No **Packs per day** (Paquetes por día): .25 .5 1 1.5 2 3 _____

Years of use (Años de uso): .5 1 2 3 4 5 10 15 _____ **Quit date** (mm/dd/yyyy): _____
 (Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

Smokeless Tobacco (Tabaco sin humo/de mascar): Yes (Sí) No **Quit date** (mm/dd/yyyy): _____
 (Fecha de cuando dejó de usarlo - mm/dd/año)

Ready to Quit (Listo para dejar de usar el tabaco) Yes (Sí) No

Comment (Comentario): _____

Alcohol Use (Uso de Alcohol): Yes (Sí) No **Comment** (Comentario): _____

<p>Drinks/Week: _____ glasses of wine (copas de vino) (Bebidas/Semana) _____ cans of beer (latas/botes de cerveza) _____ shots of liquor (tragos de licor) _____ drinks containing 0.5 oz of alcohol (bebidas con un contenido de 0.5 onzas de alcohol)</p>	<p>Alcohol/Week (Alcohol/Semana): _____</p>
---	--

Drug Use (Uso de Drogas): Yes (Sí) No **Comment:** (Comentario) _____

<p>Use/Week: _____ (Uso/Semana)</p>	<p>Types: (Tipo) <input type="checkbox"/> Amphetamines <input type="checkbox"/> Amyl nitrate <input type="checkbox"/> Anabolic steroids <input type="checkbox"/> Barbituates <input type="checkbox"/> Benzodiazepines <input type="checkbox"/> "Crack" cocaine <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Codeine <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Flunitrazepam <input type="checkbox"/> GHB <input type="checkbox"/> Hashish <input type="checkbox"/> Heroin <input type="checkbox"/> Hydrocodone <input type="checkbox"/> Hydromorphone <input type="checkbox"/> Ketamine <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Marijuana <input type="checkbox"/> MDMA (Ecstasy) <input type="checkbox"/> Mescaline <input type="checkbox"/> Methamphetamines <input type="checkbox"/> Methaqualone <input type="checkbox"/> Methylphenidate <input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> Nitrous oxide <input type="checkbox"/> Opium <input type="checkbox"/> Oxycodone <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Psilocybin <input type="checkbox"/> Solvent inhalants <input type="checkbox"/> Other _____</p>
---	--