

**Dermatología Avanzada Asociados**  
**Revisión de los sistemas, el pasado Médica Familiar, y el Formulario Historia Social**

**REVISION GENERAL DEL SISTEMA**

Fiebre	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Perdida/Aumento de peso	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Fatiga Extrema	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Sudores Nocturnos	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**ENDOCRINOLOGIA**

Sed en Excesivo	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Insomnio	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**PULMONES/RESPIRATORIO**

Corta Respiracion	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
-------------------	--------------------------	--------------------------

**CARDIOLOGIA**

Dolor de Pecho	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Palpitaciones	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Hinchazon de Tobillo	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Marca Pasos	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**PSICOLOGIA**

Depresion	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ideacion Suicida	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ansiedad	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**MUSCULOS**

Dolor en Conyuntura	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Dolor de Espalda	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**OIDOS/NARIZ/GARGANTA**

Sangrado de Nariz	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Zumbidos en Oidos	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Dificultad para tragar	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**NEUROLOGIA**

Dolor de Cabeza	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Hormigueo/Adormecimiento	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Convulciones	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**OJOS**

Irritacion Ocular	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Vista Borrosa	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**GASTROENTEROLOGIA**

Diarrea	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Estrenimiento	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Problemas de Alimentacion	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**HEMATOLOGIA**

Sangramiento	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Sudores	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Inflamacion de Glandulas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**URINARIO**

Dificultad para Orinar	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Orina Frecuentemente	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ardor Al Orinar	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**Dermatología Avanzada Asociados**  
**Revisión de los sistemas, el pasado Médica Familiar, y el Formulario Historia Social**

**ALERGIA/IMMUNOLOGIA**

Polvo	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Ambrosia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Moho	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Polen	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**PIEL**

Picazon	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Alergia en la Piel	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Perdida de Cabello	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Crecimientos en la Piel	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Sarpullidos	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Cambios de Lunares	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**EMBARAZOS**

Actualmente Embarazada	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Actualmente Amamantando	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Usa Anti-Conceptivo	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

**HISTORIA SOCIAL**

Fuma	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		
	<input type="radio"/> > 1 pack/dia	<input type="radio"/> < 1 pack/dia		
Bebida Alcoholicas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		
	<input type="radio"/> Diario	<input type="radio"/> Semanal	<input type="radio"/> Mensual	<input type="radio"/> Anual
Consume Drogas	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		
Activo Sexualmente	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		
Vive Solo/a	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		
Ejercicios Regularmente	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		
Usa Protector Solar	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		
Solea Con Maquina	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		
Sarpullidos Solares	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No		

**HISTORIAL MEDICO**

Historial de Cancer en la Piel	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
Tipo de Cancer	<input type="radio"/> N/A	<input type="radio"/> Basal Cell	<input type="radio"/> Squamous Cell
	<input type="radio"/> Melanoma	<input type="radio"/> Otro	
Enfermedad de la Piel	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	

**HISTORIAL FAMILIAR DE CANCER**

Alguien en su Familia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Madre	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Padre	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Enfermedad de la piel en la familia	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Madre	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
Padre	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_