



**VILLA DERMATOLOGY CENTER, LLC - MEDICAL HISTORY REVIEW** Form rev. 10-30-2018

Patient Name / Nombre de paciente		Date / Fecha			
What is the reason for today's visit? / Razón de su visita?					
Do you FAINT? / Sufre de desmayos? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Do you have a PACEMAKER or a DEFIBRILLATOR? Usa usted marcapasos? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				
Are you ALLERGIC to any medications? If yes, (please list) / Es usted alérgico a algún medicamento? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					
MEDICATION LIST, including vitamins and herbal supplements that you are currently taking: / LISTA DE MEDICAMENTOS, incluya vitaminas o algún otro suplemento que esté tomando en este momento.					
Are you pregnant? / Está embarazada? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Months of pregnant / Tiempo de embarazo				
Are you planning to become pregnant soon? / Está planeando quedar embarazada pronto? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					
Are you taking birth control pills? / Está tomando píldoras anticonceptivas? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					
Are you breastfeeding? / Esta lactando a su niño(a)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO					
<b>PLEASE CHECK ALL MEDICAL CONDITIONS THAT YOU HAVE OR HAVE HAD IN THE PAST:</b> Seleccione si ha tenido o padece de alguna de estas condiciones					
Hepatitis B Hepatitis C Diabetes Arthritis Glaucoma Cataracts HIV Hay Fever Asthma	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Abnormal Moles Cold Sores Easy Bruising Bleeding Allergies Stomach Ulcers Tuberculosis Mononucleosis High Cholesterol High Blood Pressure Seizure, Epilepsy	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Acne Excessive or keloid scarring Transplant Problems with your Kidneys Liver Heart Urinary System Hormones, including Thyroid Genital System Gastrointestinal System	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

**Skin Cancer?** If yes, please list type (melanoma and non-melanoma) and location:

**Cáncer de Piel?** Si a sufrido de cáncer de piel explique que tipo

YES  NO

**Cancer** other than skin? If yes, please list type and location / **otro tipo de Cáncer?** Si a sufrido de otro tipo de cáncer explíquenos.

YES  NO

Do you take antibiotics before a dental appointment? Please explain / Esta usted usando antibióticos antes de una consulta dental? Por favor explique  YES  NO

Other medical conditions you may have that are not listed above / Tiene usted alguna otra condición la cual no está en nuestra lista?

**SOCIAL HISTORY / Historia de su vida social**

Do you drink alcoholic beverages? / Consume bebidas alcohólicas?  YES  NO

How much and how often? / Cuan frecuente?

Do you smoke cigarettes/cigars/pipe / Usted fuma?  YES  NO

How much and how often? Cuan frecuente?

**MEDICAL FAMILY HISTORY INFORMATION:**

Please circle if there is anyone in your family with history of / Circule si alguien de su familia tiene historia de las siguientes enfermedades

Non-melanoma-Skin Cancer	Dermatitis	Relation to Patient:
Melanoma	Actinic Keratosis	
Abnormal Moles	Psoriasis/ Eczema	
Severe Acne	Allergy to SULFA drugs	

**SURGICAL HISTORY:** Please list any surgery you had during the last 5 years and the date they occurred.  
Historia reciente de cirugías: Cuales cirugías usted ha tenido en los últimos 5 años y sus fechas?

Referring Physician (if applicable) / Doctor que lo refirió

Referring Physician's Phone Number / Número de teléfono del Doctor que lo refirió

*DERMATOLOGY OFTEN REQUIRES PHOTOS TO BE TAKEN. I AUTHORIZE VILLA DERMATOLOGY TO OBTAIN CONFIDENTIAL PHOTOGRAPHS FOR MEDICAL RECORDS PURPOSES ONLY.*

*DERMATOLOGOS FRECUENTEMENTE REQUERIMOS TOMAR FOTOS SOBRE CASOS A NUESTROS PACIENTES. YO EL PACIENTE AUTORIZO A VILLA DERMATOLOGY A OBTENER O TOMAR FOTOS PARA NUESTRO USO CONFIDENCIAL SOLAMENTE.*

Initial: \_\_\_\_\_

How did you hear about our office? / Como escucho de nuestra oficina?

Patient's Signature / Firma del Paciente

Date / Fecha