

**CÁNCER DE PIEL SUDOESTE Y CLINICA DE LA VENA  
HISTORIA Y TOMA DE**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Más allá de historial médico:** (Por favor revise todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Extremo Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Linfoma
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> GERD	<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata
<input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular	<input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación
<input type="checkbox"/> Cáncer de Mama	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Arterial Carrera
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides
<input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Transplante
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> NINGUNO

Otros \_\_\_\_\_

**Antecedentes Quirúrgicos:** (Por favor revise todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Apéndice Quitado	<input type="checkbox"/> Biopsia del Riñón (Nefrectomía)
<input type="checkbox"/> Reemplazo de la Válvula Biológica	<input type="checkbox"/> Riñón Quitada (Derecha, Izquierda)
<input type="checkbox"/> Quitar la Vejiga	<input type="checkbox"/> Piedra en el Riñón Eliminados
<input type="checkbox"/> Biopsia de Mama (Derecha, Izquierda, Bilateral)	<input type="checkbox"/> Trasplante Renal
<input type="checkbox"/> Colectomía: Resección de Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/> Tumorectomía (Derecha, Izquierda, Bilateral)
<input type="checkbox"/> Colectomía: Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Mastectomía (Derecha, Izquierda, Bilateral)
<input type="checkbox"/> Colectomía: EII	<input type="checkbox"/> Reemplazo de la Válvula Mecánica
<input type="checkbox"/> Puente de Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/> Ovarios Eliminados: Quiste
<input type="checkbox"/> Vesícula Biliar Retirado	<input type="checkbox"/> Ovarios Eliminados: Cáncer de Ovario
<input type="checkbox"/> Trasplante del Corazón	<input type="checkbox"/> Quitar la Próstata: El Cáncer de Próstata
<input type="checkbox"/> Histerectomía: Fibromas	<input type="checkbox"/> Bazo Quitado
<input type="checkbox"/> Histerectomía: Cáncer del Útero	<input type="checkbox"/> Extirpan Testículos (Derecha, Izquierda, Bilateral)
<input type="checkbox"/> Conjunto de Reemplazo Dentro de 2 Años	<input type="checkbox"/> RTUP (Extirpación de la Próstata)
<input type="checkbox"/> Conjunto de Reemplazo de Cadera(D, I, Bilat.)	<input type="checkbox"/> NINGUNO
<input type="checkbox"/> Artroplastia, Rodilla (D, I, Bilateral)	

Otros: \_\_\_\_\_

**Historia de la Enfermedad de la Piel:** (Por favor revise todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Alergias/Fiebre del Heno
<input type="checkbox"/> Queratosis Actínica	<input type="checkbox"/> Antecedentes Familiares:	<input type="checkbox"/> Melanoma
<input type="checkbox"/> Basocelular Carcinoma	<input type="checkbox"/> Melanoma -Si si que relative(s)?	<input type="checkbox"/> Lunares Precancerosas
<input type="checkbox"/> Cáncer	_____	<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Piel Seca	<input type="checkbox"/> Cuero Cabelludo Escamas o Que Pica	<input type="checkbox"/> Carcinoma de Células Escamosas
<input type="checkbox"/> NINGUNO		

Otros: \_\_\_\_\_