



Cual es la razon principal de su visita?/What is your main reason for your visit?

**HISTORIA MEDICA/PATIENT MEDICAL HISTORY:**

Ha tenido o tiene actualmente algun problema medico?  No  Si/Yes  
 Do you have any medical problems?  No  Si/Yes

Por favor explique-If Yes, Please explain:

Sufre usted de cualquiera de las siguientes condiciones medicas, ahora o en el pasado? Do you suffer from any of the following medical conditions, now or in the past?

Presion alta/High Blood Pressure  No  Si/Yes  
 Diabetes  No  Si/Yes  
 Enfermedad Cardiaca/Heart Disease  No  Si/Yes  
 Colesterol Alta/High Cholesterol  No  Si/Yes  
 Derrame Cerebral/Stroke  No  Si/Yes  
 Tiroides/Thyroid Disease:  No  Si/Yes

If Yes, (circle one) Hiperactiva/Hypoactive Hipoactiva/Hyperactive

Asma/Asthma: If Yes, Last Attack?  No  Si/Yes  
 Enfermedad Pulmonar/Lung Disease  No  Si/Yes  
 Enfermedad de Rinon/Kidney Disease  No  Si/Yes  
 Venas Varicosas/Varicose Veins, La flebitis o DVT (Sangre que se coagula cu las venas de las piernas/Blood clots in leg veins)?  No  Si/Yes

Cancer:  No  Si/Yes

Tipo de cancer y tratamiento/ano/Specify cancer type & treatment/yr:

Melanoma  No  Si/Yes

Ha tenido alguna transfusion de sangre?/Have you ever had a blood transfusion?  No  Si/Yes

Otro (especifique)/Other (Please specify)  No  Si/Yes

Hace usted ejercicio?/Do you exercise?  No  Si/Yes

Ha tenido ulcera?/Have you ever had an ulcer?  No  Si/Yes

Ha tenido Hepatitis?/Have you ever had Hepatitis?  No  Si/Yes

Que tipo?/If Yes, What type? (circle one) A B C

Ha sido dianosticado con HIV?/Have you been diagnosed with having HIV?  No  Si/Yes

Ha estado usted bajo cuidado psiquiatrico o salud mental profesional?/Have you ever been under the care of a psychiatrist or other mental health care professional?  No  Si/Yes

Por que razon?/If Yes, For what reason?

past?  No  Si/Yes

Que tipo?/Which type?

El nombre del Cirujano Plastico/Name of plastic surgeon:

El nueblo/la ciudad/el nais/Town/City/Countrv:

## HISTORIA QUIRURGICA/PAST SURGICAL HISTORY:

Ha tenido otra clase de cirujia en el pasado? Por favor escribir las cirujias y complicaciones que ha tenido con cirujia o anestesia/Please list past surgeries and any complications of the surgery or anesthesia:

Procedimiento/Procedure, Mes/Ano/Month/Year:

Doctor/Lugar/Doctor/Place:

Complicacion(es)/Complication(s) if any:

Procedimiento/Procedure, Mes/Ano/Month/Year:

Doctor/Lugar/Doctor/Place:

Complicacion(es)/Complication(s) if any:

Es alergico(a) algun medicamento?/Are you allergic to any medication(s)?  No  Si/Yes

Por favor explique que tipo de reaccion y cual/Please explain which ones and what type of reaction you have:

## HISTORIA FAMILIAR/FAMILY HISTORY:

Que miembro de su familia sufre de alguna condicion medica?/

Do any family members suffer from medical conditions:

Madre/Mother: (Tipo de enfermedad/Illness Type: \_\_\_\_\_)  No  Si/Yes

Padre/Father: (Tipo de enfermedad/Illness Type: \_\_\_\_\_)  No  Si/Yes

Hermano(s)/Brother(s): (Tipo de enfermedad/Illness Type: \_\_\_\_\_)  No  Si/Yes

Hermana(s)/Sister(s): (Tipo de enfermedad/Illness Type: \_\_\_\_\_)  No  Si/Yes

Hijos/Children: (Tipo de enfermedad/Illness Type: \_\_\_\_\_)  No  Si/Yes

## HISTORIA DE SANAMIENTO/HEALING HISTORY:

Experimenta demora para sanar sus heridas?/  No  Si/Yes

Do you experience delayed healing of wounds?

Experimenta marcas? (Keloids, las cicatrices rojas y esparcidas)/  No  Si/Yes

Do you experience poor scarring? (Keloids, red or widespread scars)

Te salen moretones facilmenta?/  No  Si/Yes

Do you bruise easily?

## CONFIRMACION/ATTESTATION:

Entiendo que, las preguntas en esta forma se han coniestado exactamente. Entiendo que si proporcionando informacion inexacta puede ponerse en peligro mi salud. Es mi responsabilidad de informar a la oficina de doctor de cualquier cambia en mi posicion medica.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_