



Pierre G. Labrecque, M.D.
120 North Miller Street, Building C
Santa Maria, CA 93454

HISTORIAL DE SALUD

Nombre		Edad		Fecha	
--------	--	------	--	-------	--

Mi salud general es: Buena Regular Mala

SI **NO** Padese usted o ha padecido de:

___ ___ Alergias o reacciones negativas a algun medicamento (anesthesia local, antibioticos, o cualquier otro medicamento)? Por favor especifique: _____

___ ___ Otras alergias? _____

___ ___ Hay algun medicamento el cual usted no pueda tomar o no deba tomar?

___ ___ Esta siendo tratado actualmente por cualquier otra enfermedad?

___ ___ Alguna vez fue hospitalizado o a tenido alguna operacion?

___ ___ Alta presion, problemas del Corazon, o murmullos del Corazon?
Propenso a desmallarse cuando se la administra inyecciones o cualquier otro procedimiento?

___ ___ Infecciones actuales o sanacion mala?

___ ___ Tendencia a sangrar despues de alguna cirugia o examinacion dental?

___ ___ Tiende a ser Moreteado (mallugado) fasilmente?

___ ___ Enfermedades o Infecciones recientes?

___ ___ Tuberculosis, Hepatitis, SIDA, o cualquier otra infeccion cronica?

___ ___ Esteoforosis, en los guesos, o enfermendes en las collonturas?

___ ___ Diabetes, azucar alta o baja, azucar en la orina, ulceras en el estomago o en el intestino grueso?

HISORIAL DE LA PIEL:

- ___ ___ Usted fuma? Cuantas cajetillas al dia? _____
- ___ ___ Que cantidad de alcohol consume por semana? _____
- ___ ___ Mujeres solamente? Esta usted enbarasada? Fecha de su ultima menstruación? _____
- ___ ___ Milanoma (pigmentasion de la piel entre cafeosa y negra), celulas fundamentals celulas canserosas en las menbranas de la piel? Historial de cancer de la piel en su familia?
- ___ ___ Berrugas (faciales o de otras), ampollitas causadas por la gripa o fiebre (fuegos), herpes? O algun miembro de su familia tiene alguno de estos?
- ___ ___ Cambios anormales en lunares o "manchas en la piel" que le preocupen?
- ___ ___ Tratamiento para el acne? Accutane o otras formas?
- ___ ___ Jiricua (perdida anormal de la piel) o aumento en la pigmentasasion de la piel?
- ___ ___ Piel flaccida, collonturas dobles o deslocadas?
- ___ ___ Cicatrises anormales, cicatrises dolorosas?
- ___ ___ A tenido cirugias cosmeticas?
- ___ ___ A tendio usted psoriasis (manchas rojas en la piel), Eczema (inflamacion en la piel y comeson), hive (condicion de la piel caracterisada por comeson, ardor, y formasion (de manchas suaves) o dermatitis (inflamasion de la piel)?
- ___ ___ Terapia por rayos X, o terapia por medio de radiasion?
- ___ ___ Hay alguna otra enfermedad de la piel, condiciones, alergias o enfermedades que usted tenga pero que no fueron mencionadas?
- ___ ___ Usa usted protector contra el sol?

Doctor familiar o personal _____

Firma _____ Fecha _____

Firma/pasiente o persona autorisada para dar el consentimiento. Favor de expisificar su relacion con el pasiente.

Relationship _____