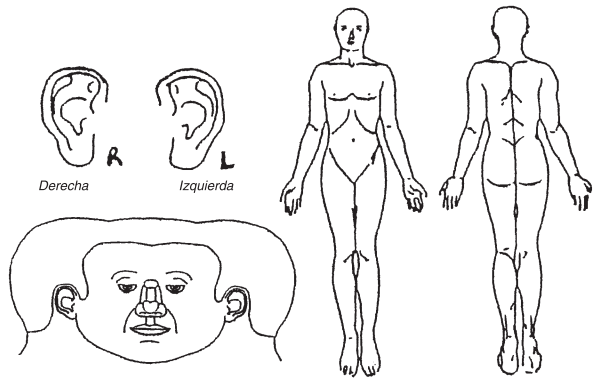


BREVE REPASO DE SU SALUD PARA DR. ECKER

Imprima por favor y traerlo a la oficina el día de su cita

Nombre: _____
 Fecha: _____ Edad: _____
 Lo hemos visto antes? Si No
 Hace cuanto? Semana Meses Años



POR FAVOR MARQUE EL SITIO EN EL DIAGRAMA

Cual es su problema en la piel (salpullido, acne, verruga, etc.)?

Por cuanto tiempo ha tenido este problema? Semana Meses Años
 Por favor liste cualquier tratamiento o medicamento recetado por otros medicos para esta condicion:

Por favor liste cualquiera medicamento vendido directamente a usted para esta condicion:

POR FAVOR CIRCULE "SI" "NO" y conteste las siguientes preguntas:

Es alérgico a algun medicamento? (penicillina, aspirina, etc.) SI NO
 Si es que si, por favor liste: _____

Ha tenido otros problemas en la piel? (incluya su niñez) SI NO
 Si es qui si, por favor explique: _____

Alguien de su familia tiene algun problema similar en la piel? SI NO
 Si es qui si, por favor explique quien: _____

Lo ha atendido algun otro medico (dentro este ultimo año)? SI NO
 Nombre: _____
 Razon: _____

Hay alguna otro cosa que deda saber de su salud? (tal como cirugia reciente, diabetes, ulcera estomacal, sangrea facilmente, etc.) SI NO

PARA MUJER: Esta tomando pildoras de hormona o control de natalidad? SI NO
 Esta amamantando? SI NO
 Esta en cinta? SI NO

PARA USO DE OFICINA Hx:

Is this a referral for a new problem or from a different provider? Yes No
 If yes, whom? _____

15/msw/forms/nurse/07

Referral for: Office Visit Consult Surgery Other _____

Documentation Check-off

LN 2: Dx _____ # _____ Time _____ By _____

Dx _____ # _____ Time _____ By _____

BX: TB PB SR EXC C&E Notes _____

Location(s) _____

INJ: Amt _____ Med _____ # _____ Dx _____ By _____

Location _____ KOH Prep FCX BCX

H/O's _____

Charge: LV1 LV2 LV3 Consult

Treatment Notes: