



**MICHAEL J. BROWN, M.D., PLLC**  
Aesthetic Cosmetic Plastic Surgery

Para que esta oficina esté mejor preparada para su visita, por favor complete la siguiente información y tráigala con usted el día de su consulta.

Su cita está programada para el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_  am  pm

### Información sobre el Paciente

**Información Confidencial:** Esta información no será diseminada a no ser que usted nos haya autorizado a hacerlo. Esta información será utilizada por el Dr. Brown en sus decisiones acerca de su cuidado.

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

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

Nombre de los Padres o Guardianes (para menores de edad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Números Telefónicos: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: (e-mail) \_\_\_\_\_ Cheque:  Puede usarla  No puede usarla

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  masculino  femenino

Estado Civil:  Soltera  Casada  Divorciada  Separada

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Nombre de un Contacto en caso de Emergencia:** \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

**Empleador** (si es menor de edad, lugar de empleo de los padres): \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Médico que lo Refirió** (o quién lo refirió): \_\_\_\_\_

Dirección de su médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre del Médico de Familia:** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre de su Dermatólogo:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Su salud es extremadamente importante para nosotros. Entre más conozcamos acerca de usted, hay mejor probabilidad que le podamos proporcionar el mejor cuidado posible. Por favor complete la información en las siguientes páginas lo mejor que pueda.

La razón de su visita? Por favor sea específica. \_\_\_\_\_

Desde hace cuánto le preocupa esto? \_\_\_\_\_

Ha tenido algún tratamiento previo para esto? \_\_\_\_\_

Si ha sido tratado, como y cuando? \_\_\_\_\_

### Repaso de Síntomas:

Ha tenido o tiene alguno de lo siguiente? (Por favor, chequee Si o No)

	<b>Sí</b>	<b>No</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
SIDA o HIV positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitación cardíaca irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulo sanguíneo en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crisis nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desórdenes sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de nariz/garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de hemorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas siquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad en respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de oídos/ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rumores cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitaciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Historia Social y de la Familia:

Indique cualquier hospitalización y/o previa cirugía, incluya las fechas: \_\_\_\_\_

Es usted alérgica(o) o ha tenido una mala reacción a alguna medicina o droga; anestesia local o general? Si es así haga una lista indicando cuales y qué tipo de reacción:

Está tomando ahora o ha tomado regularmente alguna medicina (aspirina, contraceptivos, hierbas, vitaminas, etc.)? \_\_\_\_\_

Actualmente tomando: \_\_\_\_\_

Tomé en el pasado: \_\_\_\_\_

Usa lentes de contacto? \_\_\_\_\_

Tiene problemas de resequeidad en los ojos? \_\_\_\_\_

Usa colirio? \_\_\_\_\_

Si es así, cada cuanto, y por cuanto tiempo lo ha estado haciendo? \_\_\_\_\_

Está actualmente o ha tomado alguna vez, medicaciones que no necesitan prescripción para alérgias, congestión, dificultad de respiración, problemas de sinusitis u otros problemas nasales? Si lo ha hecho, indique cuales productos: \_\_\_\_\_

Fuma en el presente? ?  Sí  No

Si lo hace, cuántos paquetes diarios? \_\_\_\_\_ Por cuántos años? \_\_\_\_\_

Toma alcohol?  Sí  No

Si lo hace, cuánto consume? \_\_\_\_\_ Cada cuánto? \_\_\_\_\_

Tiene parientes que hayan tenido cáncer de los senos?  Sí  No

Si la respuesta es sí, quién? \_\_\_\_\_

Alguna vez a tenido un mamograma?  Sí  No Si la respuesta es sí, cuando fue su último mamograma? \_\_\_\_\_

Alguna vez ha estado expuesta(o) a alguno de los siguientes?: Sí No

Radiación::  Sí  No

Sol excesivo:  Sí  No

Tiene problemas de sangrado cuando se corta, o un miembro de su familia?  Sí  No

Usted o miembros de su familia se amoratan facilmente?  Sí  No

Tiene problemas con cicatrices excesivas después de cortarse?  Sí  No

Si Usted o algún miembro de su familia tiene problema con anestesia?  Sí  No

Tiene en general buena salud?  Sí  No

Ha tenido alguna vez problemas siquiátricos, un ataque nervioso, o ha estado bajo el cuida do de un siquiatra, sicólogo o consejero de salud mental?  Sí  No

Cómo se enteró de nosotros? (Marque todas las afirmaciones que sean aplicables)

Mi amiga(o) \_\_\_\_\_ me habló del Dr. Brown.

Mi doctor, \_\_\_\_\_ me refirió a esta oficina.

Su oficina queda en un lugar conveniente a mi casa u oficina.

Ví su anuncio en las Páginas Amarillas en directorio de \_\_\_\_\_.

El hospital \_\_\_\_\_ me recomendó al Dr. Brown.

Atendí uno de los seminarios del Dr. Brown, el \_\_\_\_\_.

Escuché su anuncio en la estación de radio \_\_\_\_\_.

Ví su anuncio comercial en la television \_\_\_\_\_.

Visité su pagina de internet.

Gracias por completar esta información.

Por favor recuerde traer este formulario con usted el día de su visita.