

ACCOUNT # _____

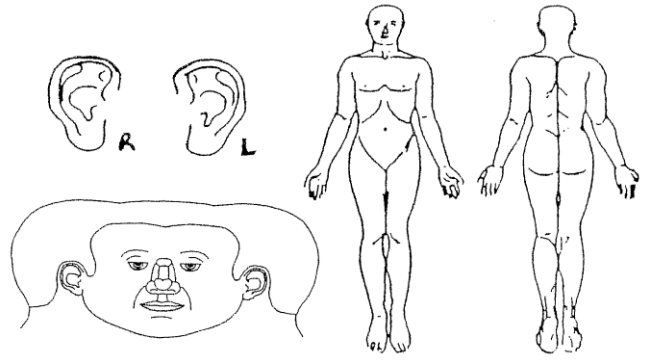
IMPRIMA POR FAVOR

BREVE REPASO DE SALUD PARA EL DR ECKER

Nombre: _____ Edad: _____

Lo hemos visto en nuestra oficina antes? SI NO

Hace cuanto? ___ Semana(s) ___ Mes(s) ___ Año(s)



FAVOR DE MARCAR EL SITIO EN EL DIAGRAMA

Cual es su problema de piel? (Sápullido, Lesión, Acne, Verruga, Cosmético, etc.) _____

Desde cuando ha tenido este problema? _____ Semana(s) _____ Mes(s) _____ Año(s)

Por favor, liste cualquier tratamiento o medicamento recetado por algun otro doctor para esta condición: _____

Por cuanto tiempo/ cuantas veces lo ha usado? _____ Nombre del Doctor: _____

Por favor, liste cualquier medicamento vendido sin receta que haya usado para esta condicion: _____

_____ Por cuanto tiempo/ cuantas veces lo ha usado? _____

FAVOR HAGA UN CIRCULO "SI" O "NO" Y CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

Es usted alérgico algun medicamento? (Penicilina, Aspirina, Etc.) SI NO

Si es que si, for favor explique la reacción: _____

Ha tenido otros problemas en la piel? (Incluyendo su niñez) SI NO

Si es que si, por favor explique: _____

Alguien en su familia tiene problemas similares en la piel? SI NO

Si es que si, por favor explique: _____

Hay alguna otra cosa que debo saber de su salud? (Cirugía reciente, diabetes, SI NO

ulcera estomacal, sangra facilmente, etc.) _____

Le gustaria tener información acerca de productos del cuidado de la piel o procedimientos? SI NO

Si es que si, por favor explique: _____

PARA LA MUJER Esta amamantando? SI NO

Esta embarazada? SI NO

FOR OFFICE USE Hx:

Is this a referral for a new problem or from a different provider?

YES NO If yes, whom? _____

Referral for: Office Visit Consult Surgery Other _____

Documentation Check-off

LN2: Dx _____ # _____ Time _____ By _____

Dx _____ # _____ Time _____ By _____

BX: TB PB SR EXC C&E F/U Lab: CALL APPT

Location(s) _____ ICD9 _____

_____ ICD9 _____

_____ ICD9 _____

_____ ICD9 _____

_____ ICD9 _____

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

Location _____ KOH Prep FCX PCX

Charge: LV1 LV2 LV3 _____ Wks _____ Mos _____ PRN

Treatment Notes:

Initial:
Accompanied by: