

# San Antonio Skin and Cancer Clinic

Computer Number

Account Number

## INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Seguro Social# \_\_\_\_\_

Paciente  
(Sr. Sra. Srta) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Soltero/Soltera \_\_\_\_\_ Casado/Casada \_\_\_\_\_ Viuda/Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado/Divorciada \_\_\_\_\_

Patron \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Esposo/Esposa \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Por caso de emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SEGURO MEDICO:

Persona responsable \_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona responsable \_\_\_\_\_

Seguro Social de la persona responsable \_\_\_\_\_

Nombre de compania de seguro \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Numero de identificacion \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

Participa Ud. Con Medicare: \_\_\_\_\_ Numero de identificación \_\_\_\_\_

Participa Ud. Con Medicaid: \_\_\_\_\_ Numero de identificación \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SU DR. MEDICO \_\_\_\_\_

TIENE EL PACIENTE ALERGÍA A ALGUNA MEDICINA? \_\_\_\_\_

POR FAVOR DE NOMBRAR OTRAS ALERGIAS: \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

# San Antonio Skin and Cancer Clinic

---

## DIPLOMATS OF THE AMERICAN BOARD OF DERMATOLOGY

MARK B. WEINSTEIN, M.D., P.A.  
RAUL VELA III, M.D.  
SCOTT M. HENSLEE, M.D., P.A.

JOHN MATTHEW MARTIN IV, M.D.  
JASON GLEN ARNOLD, M.D.

## PREGUNTAS PARA PACIENTES NUEVOS

POR FAVOR DE MARCAR SU RESPUESTA:

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Ud Ha sufrido alguna de las enfermedades en sigida?

- Ulcera duodenal o peptico
- Tuberculosis o enfermedad del pulmon
- Enfermedad del corazon
- Alta Presion de Sangre
- Enfermedad del rinon
- Enfermedad del higado
- Problemas emocionales

Ud Ha recibido tratamientos para la piel/cutia con radioterapia or rayos de grenz?      Si      No

Ud Ha tenido una operacion o accidente recientemente?      Si      No

Ud Ha tenido o alguien de su familia?

- Asma      Si      No
- Feibre del heno (Alergia)      Si      No
- Urticaria
- Eczema (resequedad de la piel/cutis)      Si      No
- Diabetes      Si      No

Sii Ud Contesta si a alguna de las preguntas previas, por favor de escribir la relacion de la persona quienes ha sufrido la problema \_\_\_\_\_

Ud Ha sufrido de:

- Dificultad que sane una herida      Si      No
- Sangrar demasiado cuando se ha cortado      Si      No
- Cicatriz que se encuentra muy crecida o que no ha sanado normalmente      Si      No

Tiene ud. alguna alergia a ciertas medicinas?      Si      No

(Si su respuesta es Si, por favor de escribir el/los nombres de las medicinas

\_\_\_\_\_

Esta ud. Tomando medicinas actualmente?      Si      No

(Si su respuesta es si, por favor de Escribir el/los nombres de las medicinas)

\_\_\_\_\_