ANGELA AZAR M.D. PC

LILIYA BESEDINA, M.D
RONIT SHABATIAN RPA-C
INESSA KRAMMERMAN RPA-C
935 NORTHERN BLVD SUITE 106 GREAT NECK NY 11021
92-11 ROOSEVELT AVE JACKSON HEIGHTS NY

FECHA:_____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:_____

Nombre:_____ Inicial del Segundo Nombre:_____

Apellido_____Sexo : □ M □ H

Dirección : _____
Ciudad _____Estado _____Código Postal_____
Número de teléfono : Casa_____Móvil _____
Correo electrónico _____

Estado Civil: □ Soltero □ Casado □ Divorciado □Viudo □ Separado□ Compañero de vida

****Nombre del padre/tutor legal, si el paciente es menor de edad:**

Nombre:_____ **Fecha de nacimiento:**_____

Información del Medico Primario:
Nombre:_____
Dirección:
_____
Teléfono #: _____Fax #: _____
¿Si ustedes Nuevo en nuestra oficina: Su seguro requiere un referido?
□ SI o □ NO

**Nombre de sufarmacia:_____

Número de teléfono:_____

Dirección : _____
Ciudad _____Estado _____Código Postal_____

ANGELA AZAR M.D. PC

LILIYA BESEDINA, M.D
RONIT SHABATIAN RPA-C
INESSA KRAMMERMAN RPA-C
935 NORTHERN BLVD SUITE 106 GREAT NECK NY 11021
92-11 ROOSEVELT AVE JACKSON HEIGHTS NY

MOTIVO DE SU VISITA:

_____

NOTIFICACIÓN DE EMERGENCIA:

Nombre: _____Relación con el paciente:_____

Número de teléfono_____Móvil_____

MEDICAMENTOS:
(Por favor indique, si usted tieneuna lista con usted, documente, vea la lista, y dar a
La enfermera en la sala de examen (si no, por favor escriba "NADA")

_____
_____
_____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:
(si no, por favor escriba "NADA")

_____
_____

ANTECEDENTES MEDICO:
Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones médicas que usted tiene actualmente:
□ Ansiedad
□ Perdida de la Audición
□ Artritis
□ Hepatitis
□ Asma
□ Hipertensión
□ La Fibrilación Auricular (latidoscardiacosirregulares)
□ HIV/sida
□ Agrandamiento de la PróstataBenigna
□ Hipercolesterolemia (el cholesterol alto)
□ Trasplante de MedulaÓsea
□ Hipertiroidismo
□ Cáncer de Ceno
□ Leucemia
□ Cáncer de Colon
□ Cáncer de Próstata
□ EnfermedadPulmonarObstructivaCrónica
□ Tratamiento de Radiación
□ Enfermedad de la Arteria Coronaria
□ Convulsiones
□ Depresión
□ AtaqueFulminante
□ Diabetes

ANGELA AZAR M.D. PC

LILIYA BESEDINA, M.D
RONIT SHABATIAN RPA-C
INESSA KRAMMERMAN RPA-C
935 NORTHERN BLVD SUITE 106 GREAT NECK NY 11021
92-11 ROOSEVELT AVE JACKSON HEIGHTS NY

Tiene algno de los siguientes?
*Insuficiencia cardiac Si_____No_____
*Enfermedad de la arteria coronaria (CAD)Si_____No_____
*Enfermedad pulmonary obstactivacronica (COPD)Si_____No_____
*Diabetes Si_____No_____

Usted ha recibido la vacuna contra la influenza esta temporada pasada? Si_____No_____
Usted ha recibido la vacuna contra la neumonia?Si_____No_____

Quientienepoder de suatencionmedica?
Nombre:_____ Relacion con el paciente:_____
Numbero de telefono:_____

HISTORIA DE TABAQUISMO:
□ Fumador Diario Actual□ Ex Fumador□ Fumador Infrecuente□ Nunca

Bebe alcohol?Si o No Frecuencia?_____
Uso recreativo de drogas?? Si o No Frecuencia?_____

HISTORIAL ENFERMEDADES DE LA PIEL
Por favor marque si ha tenido alguna de las enfermedades de la piel:
□ Acné
□ FiebredelHeno/Alergias
□ Las QueratosisActínicas
□ Melanoma
□ Asma
□ La HiedraVenenosa
□ Carcinoma de Células Basales
□ LunaresPrecancerosos
□ Las Quemaduras de Sol con Ampollas
□ Psoriasis
□ PielReseca
□ Cáncer de Piel de CélulasEscamosas
□ Eczema
□ Otra:
□ Cuero CabelludoEscamoso o Con Picazón

Ustedusa protector solar?
□ SI o □ NOEncasosí, ¿Qué SPF? _____
¿Ustedusa el salón de bronceado?□ SI o □ NO

ANTECEDENTES FAMILIARES¿Tiene antecedents familiares con melanoma? □ SI o □ NOEncasosí, ¿cuálpariente?

ANGELA AZAR M.D. PC

LILIYA BESEDINA, M.D
RONIT SHABATIAN RPA-C
INESSA KRAMMERMAN RPA-C
935 NORTHERN BLVD SUITE 106 GREAT NECK NY 11021
92-11 ROOSEVELT AVE JACKSON HEIGHTS NY

□ Otra
□ GERD
□ Enfermedad Renal Terminal _____

HISTORIAL QUIRURGICO:

Por favor escribacualquiercirugía que hayatenidoen el pasado, junto con la fechaaproximadasi la conoce:

_____

_____

REVISION DEL SISTEMA:

Por favor marque SI o NO para cadauno:

Marcapasos-□ Si □No
Desfibrilador-□ Si □ No
Pre-medicación antes del procedimiento□ Si □ No
Alergia al adhesive□ Si □ No
Anticoagulantes□ Si □ No
Embarazo o embarazo planificación□ Si □ No
Alergia a la lidocaína□ Si □ No
Alergia al látex □ Si □ No
Latido del corazón rápido con adrenalina □ Si □ No
Historial de Melanoma□ Si □ No
Cuales la cartografía de losganglios
linfáticos□ Si □ No
Inmunosupresor□ Si □ No
Problemas de sangrado□ Si □ No
Articulacionesartificiales dentrolosúltimos dos años□ Si □ No
Válvula de corazón artificial □ Si □ No
Alergia a la crema antibióticotópica□ Si □ No

HISTORIA SOCIAL:

MUJERES SOLAMENTE: ÚltimoPeriodo Menstrual _____
Menopáusico:□ Si o □ No
¿Estáembarazada? Si_____ No_____

¿Planea quedar embarazada?Si_____No_____

¿Está amamantando? Si_____ No_____