SOLANO DERMATOLOGY
ASSOCIATES

CUESTIONARIO PREOPERATORIO DE MOHS

Solano Dermatology Associates **Fecha de hoy:** _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Fecha de su cita de Mohs: _____ **Hora de la cita:** _____

LOCALIZACION:

- ☐ FAIRFIELD – 480 Chadbourne Rd, Suite 201, Fairfield CA 94537, Ph 707-399-4500
- ☐ VACAVILLE – 600 Nut Tree Rd, Suite 260, Vacaville CA 95687, Ph 707-452-7222
- ☐ VALLEJO- 2290 Sacramento St. Vallejo, CA 94590, Ph 707-643-5785
- ☐ ST. HELENA- 1030 Main St. Suite 200, St. Helena, CA 94574, Ph 707-963-5450
- ☐ NAPA- 1700 Second St. Suite 220, Napa CA 94558, Ph 707-252-2931

Proveedor de referencia: _____

Proveedor de atencion medica primaria: _____

Nombre de farmacia: _____ **Calle:** _____ **Ciudad:** _____

Numero de telefono: _____

Si / NO **Es alérgico/a a algún medicamento?** Porfavor enliste: _____

Tomas diluyentes de la sangre? Si / NO (En caso afirmativo, por favor responda a continuación)

En caso afirmativo, ¿para qué diagnóstico? _____

Si / NO Aspirina: 81 mg una vez al día o 325 mg una vez al día (circula uno)

Si / NO coumadina (guerrafarina) – INR: _____ Fecha (en el ultimo mes): _____

Si / NO Plavix (clopidogrel)

Si / NO Xarelto (rivaroxaban)

Si / NO Eliquis (apixaban)

Si / NO Pradaxa (dabigatran)

Si / NO Savaysa (edoxaban)

Informacion de contacto de su cardiologo:

Nombre: _____

Telefono: _____

Otros medicamentos que está tomando actualmente (recetas, aspirina, vitaminas, suplementos de hierbas):

Medicamento	Dosis (mg)	Con qué frecuencia (cuantas veces por dia)

****Tenga en cuenta; complete y lleve este cuestionario a su cita de Mohs, tome una foto del sitio de la biopsia con su teléfono celular y tráigalo también. No use base, lápiz de cejas, delineador de ojos o rímel si el sitio de preocupación involucra estas áreas.****

SOLANO DERMATOLOGY
ASSOCIATES

Si / NO **Toma antibióticos antes de trabajos dentales?**

Si / NO **Usted fuma?**

Si / NO **Tiene dificultad para caminar o necesita ayuda para trasladarse?**

*** Si está en una silla de ruedas o necesita ayuda para trasladarse a una mesa de operaciones, infórmele a su programador/a de Mohs <u>ANTES</u> de la fecha de su cirugía.***

Historial de salud:

Si / NO **Transplante de organo** Información de contacto del médico de trasplante de órganos:

Nombre: _____

Telefono: _____

Si / NO **Linfoma**

Si / NO **Leucemia** (e.g. **Leucemia linfocítica crónica**)

Si / NO **VIH/SIDA**

Si / NO **Hepatitis B o Hepatitis C** Fecha de tratamiento: _____

Si / NO **Cirugía de Válvula Cardiaca** Fecha: _____

Si / NO **Cirugía de reemplazo articular** Fecha: _____

Si / NO **Marcapasos/desfibrilador**

Si / NO **Otro dispositivo electrónico implantable (implante coclear, cerebro profundo, estimuladores de la médula espinal o de los nervios, marcapasos gástrico, estimulador óseo)**

Si / NO **Diabetes**

Si / NO **Enfermedad Arterial Periférica – "arterias obstruidas o endurecidas" en las piernas**

Si / NO **Estasis venosa – "venas que goten" en las piernas**

Si / NO **Infecciones en la piel**

Si / NO **Sensibilidad al vendaje/adhesivo**

Si / NO **Sensibilidad de sutura**

Si / NO **Cicatrices queloides**

Si / NO **Reacciones vasovagales – "desmayo o sensacion de desmayo" con procedimientos**

Por favor, pongase en contacto con su programador de Mohs si tiene preguntas antes de su cita.

Para **Dr. Geisse**, **Dr. Gebauer** o **Dr. Fu** contacte **Jennifer Bengtson** al (707)643-5785 ext: 300

****Tenga en cuenta; complete y lleve este cuestionario a su cita de Mohs, tome una foto del sitio de la biopsia con su teléfono celular y tráigalo también. No use base, lápiz de cejas, delineador de ojos o rímel si el sitio de preocupación involucra estas áreas.****