



**DERMATOLOGY  
ASSOCIATES  
of GEORGIA**

## MEDICAL HISTORY

**Decatur**  
1951 Clairmont Road  
Decatur, GA 30033  
404-321-4600 • Fax 404-320-0987

**Johns Creek**  
4285 Johns Creek Parkway  
Suite A  
Suwanee, GA 30024  
770-622-4412 • Fax 770-622-4191

**Emory Decatur Hospital**  
2665 North Decatur Road  
Suite 650  
Decatur, GA 30033  
404-508-0566 • Fax 404-508-0567

**Piedmont**  
2061 Peachtree Road NE  
Suite 400  
Atlanta, GA 30309  
404-554-0810 • Fax 404-554-0348

**Monroe**  
201 Michael Etchison Road  
Monroe, GA 30655  
770-267-5877 • Fax 770-207-4944

Please check a box above for the office of today's visit and the Physician, P.A., or NP seeing: \_\_\_\_\_

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Last Name First Name Middle Date of Birth:

**Drug Allergies:** (include type of allergy such as, rash, etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Current Medications:** (Please provide as much detail as possible)

Medication Name	Dosage	Medication Name	Dosage

Do you have a history of skin cancer? Yes  No  Do you have a family history of melanoma? Yes  No

When was your last Full Body Skin Exam? \_\_\_\_\_

Are you Pregnant? Yes  No

Do you use tobacco products? Yes  No  If yes, since when? \_\_\_\_\_ Age Started: \_\_\_\_\_ Age Stopped: \_\_\_\_\_

If yes, what kind of tobacco? (Pipe, Cigarettes, Snuff, Vapor, other) \_\_\_\_\_

How frequently do you smoke or use tobacco? Usage per day? \_\_\_\_\_

Number of Cigarettes: \_\_\_\_\_ Number of Packs: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

Do you use alcohol? Yes  No  If so, what type? \_\_\_\_\_

Frequency/amount of alcohol consumed daily: Please check what applies to you:

1-2 drinks per week \_\_\_\_\_; 1+ drinks daily \_\_\_\_\_; 4 + weekly \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

Current Medical Problems: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Past Surgeries and Date: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anything else you want your Physician, Physician Assistant or Nurse Practitioner to know regarding your Medical History: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

The above information is accurate and complete to the best of my knowledge. Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Patient Signature: \_\_\_\_\_

If Parent or Guardian, please include name, relationship and signature: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## HISTORIAL MÉDICO

Marque una de las casillas del consultorio y del médico, asistente de médico o enfermera diplomada de la consulta en el día de hoy: \_\_\_\_\_

**Decatur**  
1951 Clairmont Road  
Decatur, GA 30033  
404-321-4600 • Fax 404-320-0987

**Johns Creek**  
4285 Johns Creek Parkway  
Suite A  
Suwanee, GA 30024  
770-622-4412 • Fax 770-622-4191

**Emory Decatur Hospital**  
2665 North Decatur Road  
Suite 650  
Decatur, GA 30033  
404-508-0566 • Fax 404-508-0567

**Piedmont**  
2061 Peachtree Road NE  
Suite 400  
Atlanta, GA 30309  
404-554-0810 • Fax 404-554-0348

**Monroe**  
201 Michael Etchison Road  
Monroe, GA 30655  
770-267-5877 • Fax 770-207-4944

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Segundo nombre                      Fecha de nacimiento

**Alergias a medicamentos:** (incluya el tipo de alergia, por ejemplo, sarpullido, etc.) \_\_\_\_\_

**Medicinas corrientes:** (Brinde toda la información posible).

Nombre de la medicina	Dosis	Nombre de la medicina	Dosis

¿Historial de cáncer de piel? Sí  No

¿Historial de melanoma? Sí  No

¿Cuándo se hizo un examen de piel completo por última vez? \_\_\_\_\_

¿Está embarazada? Sí  No

¿Consumo productos de tabaco? Sí  No  En caso afirmativo, ¿desde cuándo? \_\_\_\_\_ Edad a la que empezó a fumar: \_\_\_\_\_

Edad a la que dejó de fumar: \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿qué tipo de tabaco? (Pipa, cigarrillos, rapé, cigarrillo electrónico, otro) \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces fuma o consume tabaco? ¿Consumo por día? \_\_\_\_\_

Cantidad de cigarrillos: \_\_\_\_\_ Cantidad de paquetes: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas? Sí  No  En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

Frecuencia/cantidad de bebidas alcohólicas por día: Marque la opción que corresponda:

1-2 bebidas/semana \_\_\_\_\_ + 1 bebida/día \_\_\_\_\_ +4 bebidas/semana \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

Afecciones médicas actuales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas anteriores y fecha: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otra información que el médico, asistente de médico o enfermera diplomada debe conocer de su historial médico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta información es exacta y completa según es de mi conocimiento. Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Si es uno de los padres o el tutor, escriba el nombre y la relación y firme: \_\_\_\_\_