

Idaho Arthritis Center

Formulario de Historia del Paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Segundo nombre Nombre

Edad: _____ Sexo: F M

A quién agradecemos por referirnos aquí: _____

Nombre de su médico de atención primaria: _____

Nombre de su farmacia preferida: _____

Cuáles son tus síntomas: _____

Cuándo comenzaron sus síntomas?: _____

Lo que empeora los síntomas: _____

Mejor: _____

Describe su dolor con palabras (por ejemplo, agudo, apagado, ardiente, etc): _____

En una escala de 1 (sin dolor) a 10 (peor dolor) lo malo es su dolor: _____

Qué medicamentos o terapias se han intentado hasta ahora: _____

Historia médica pasada: (Marque si "sí")

Cáncer: _____	Asma _____	Dolores de cabeza malos _____	Colitis _____	Anemia _____	
Tipo: _____	Coto _____	Leucemia _____	Derrame cerebral _____	Neumonía _____	Tendencia a sangrar _____
Problemas del corazón _____	Diabetes _____	Convulsiones _____	Alta presión _____	VIH / SIDA _____	Enfisema _____
Tipo: _____	Úlceras estomacales _____	Fiebre reumática _____	Glaucoma _____	Ictericia _____	
Enfermedad del riñón _____	TVP _____	Depresión _____	Embolia pulmonar _____	Hipotiroidismo _____	
Tipo: _____	Cataratas _____	Psoriasis _____	Ataque de nervios _____	Tuberculosis _____	

Historia de la Artritis:

Osteoartritis Artritis reumatoide Gota Lupus o "SLE" Osteoporosis
Artritis infantil Espondilitis anquilosante Fibromialgia Síndrome de Sjogren Síndrome de Raynaud

Otras enfermedades significativas o artritis desconocida (por favor liste): _____

Historia Médica Familiar: (Comprobar y dar relación)

Cáncer _____	Enfermedad del corazón _____	Fiebre reumática _____	Tuberculosis _____
Leucemia _____	Alta presión _____	Convulsiones _____	Diabetes _____
Derrame cerebral _____	Tendencia a sangrar _____	Asma _____	Coto _____
Colitis _____	Alcoholismo _____	Psoriasis _____	Osteoartritis _____
Gota _____	Artritis reumatoide _____	Osteoporosis _____	Lupus/SLE _____
Espondilitis anquilosante _____			

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ Firma del Médico: _____

Ganancia de peso reciente, cantidad: _____	Náusea	Moretones con facilidad
Pérdida reciente de peso cantidad: _____	Vómito de sangre / "café molido"	Rojez
Fatiga	Dolor estomacal aliviado por la comida/leche	erupción
Debilidad	Ictericí	urticaria
Fiebre	Empeoramiento del estreñimiento	Sensibilidad al sol (alergia al sol)
Ojos:	Diarrea persistente	Opresión
Dolor	Sangre en las heces	Nódulos / golpes
Rojez	Heces negras	Pérdida de cabello en parches
Pérdida de vision	Acidez	Cambios de color de las manos o los pies
Visión doble o borrosa	Genitourinario	en el frío
Sequedad	Dificultad para orinar	Sistema neurológico
Se siente como algo en el ojo		
Pain/burning on urination	Dolores de cabeza	
Picazón en los ojos	Sangre en la orina	Mareo
Orejas-Nariz-Boca-Garganta	Orina nublada, "ahumada"	desmayo
Sonando en los oídos	Pus en la orina	Espasmo muscular
Pérdida de la audición	Secreción del pene/vagina	Pérdida de consciencia
Hemorragias nasales	Levantarse por la noche para orinar	Entumecimiento u hormigueo
Pérdida del olfato	Sequedad vaginal	Pérdida de memoria
Sequedad en la nariz	Erupción/úlceras	Sudores nocturnos
Nariz que moquea	Dificultades sexuales	Psiquiátrico
Dolor de lengua	Problema de próstata	Preocupaciones excesivas
Sangrado de las encías	Sólo para mujeres:	Ansiedad
Llagas en la boca	Edad cuando comenzaron los períodos: ____	Fácilmente perdiendo el temperamento
Pérdida de sabor	Periodos regulares? Si No	Agitación
Sequedad de la boca	Cuántos días de diferencia? _____	Depresión
Frecuentes dolores de garganta	Fecha del último período? ____ / ____ / ____	Dificultad para quedarse dormido
Ronquera	Fecha de la última pap? ____ / ____ / ____	
Dificultad para tragar	Número de embarazos? _____	Endocrino
Cardiovascular	Número de abortos involuntarios _____	Sed excesiva
Dolor en el pecho	Musculoesquelético	Hematológico / Linfático
Latido del corazón irregular	Rigidez de la mañana, duración de la duración	Glándulas hinchadas
Cambios repentinos en el latido del corazón	_____ Minutos _____ Horas	Glandulas blandas
Alta presión	Dolor en las articulaciones	Anemia
Soplos cardíacos	Debilidad muscular	Tendencia a sangrar
Respiratorio	Sensibilidad muscular	Transfusion/when _____
Dificultad para respirar	Inflamación de articulaciones	Alérgico / Inmunológico
Dificultad para respirar por la noche	Lista de las articulaciones afectadas en los últimos 6 meses	Estornudos frecuentes
Piernas o pies hinchados	_____	Increased susceptibility to
Tos	_____	infection
Tos de sangre	_____	
Sibilancias (asma)	_____	

Fecha de la última Densidad Ósea (DXA scan): ____ / ____ / ____ Fecha de la última mamografía: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ Firma del Medico: _____