

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")

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza malos | <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Coto | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Tendencia a sangrar |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| | <input type="checkbox"/> TVP | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Ataque de nervios | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Historia de la Artritis:

- | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Osteoartritis | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Lupus o "SLE" | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis infantil | <input type="checkbox"/> Espondilitis anquilosante | <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjogren | <input type="checkbox"/> Síndrome de Raynaud |

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

Historia Médica Familiar: (Comprobar y dar relación)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón _____ | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática _____ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Leucemia _____ | <input type="checkbox"/> Alta presión _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral _____ | <input type="checkbox"/> Tendencia a sangrar _____ | <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Coto _____ |
| <input type="checkbox"/> Colitis _____ | <input type="checkbox"/> Alcoholismo _____ | <input type="checkbox"/> Psoriasis _____ | <input type="checkbox"/> Osteoartritis _____ |
| <input type="checkbox"/> Gota _____ | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis _____ | <input type="checkbox"/> Lupus/SLE _____ |
| <input type="checkbox"/> Espondilitis anquilosante _____ | | | |

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

Historia social:

Fumas? Si No Pasado - Cuánto tiempo hace? _____

Bebe bebidas con cafeína? Si No

Bebes alcohol? Si No Número por semana _____

Hace ejercicio regularmente? Si No

Tienes suficiente sueño por la noche? Si No

Cuántas horas de sueño recibes todas las noches? _____

Te despiertas sintiéndote descansado? Si No

Historia Quirúrgica: (Indique el tipo, el año y la razón)

ALERGIAS DE DROGAS: Si No A qué y cuál fue la reacción? _____

Present Medications: (Por favor incluya cualquier suplemento de hierbas sin receta, tratamientos alternativos)

| Medicación: | Dosis: | Cuánto tiempo: | Ayudó: |
|-------------|--------|----------------|---|
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Medicamentos de artritis pasados:

| | | | |
|-------|-------|-------|---|
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ Fimra del Medico: _____

Revisión de sistemas: (Al revisar lo siguiente, compruebe cualquiera de los problemas que le han afectado significativamente)

Constitucional

- Ganancia de peso reciente, cantidad: _____
- Pérdida reciente de peso cantidad: _____
- Fatiga

- Debilidad
- Fiebre

Ojos:

- Dolor
- Rojez
- Pérdida de vision
- Visión doble o borrosa
- Sequedad

- Se siente como algo en el ojo
- Pain/burning on urination
- Picazón en los ojos

Orejas-Nariz-Boca-Garganta

- Sonando en los oídos
- Pérdida de la audición
- Hemorragias nasales
- Pérdida del olfato
- Sequedad en la nariz
- Nariz que moquea
- Dolor de lengua
- Sangrado de las encías
- Llagas en la boca
- Pérdida de sabor
- Sequedad de la boca
- Frecuentes dolores de garganta
- Ronquera
- Dificultad para tragar

Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Latido del corazón irregular
- Cambios repentinos en el latido del corazón
- Alta presión
- Soplos cardíacos

Respiratorio

- Dificultad para respirar
- Dificultad para respirar por la noche
- Piernas o pies hinchados
- Tos
- Tos de sangre
- Sibilancias (asma)

Gastrointestinal

- Náusea
- Vómito de sangre / "café molido"
- Dolor estomacal aliviado por la comida/leche
- Icteric
- Empeoramiento del estreñimiento
- Diarrea persistente
- Sangre en las heces
- Heces negras
- Acidez

Genitourinario

- Dificultad para orinar
- Dolores de cabeza
- Sangre en la orina
- Orina nublada, "ahumada"
- Pus en la orina
- Secreción del pene/vagina
- Levantarse por la noche para orinar
- Sequedad vaginal
- Erupción/úlceras
- Dificultades sexuales
- Problema de próstata

Sólo para mujeres:

- Edad cuando comenzaron los períodos: _____
- Periodos regulares? Si No
- Cuántos días de diferencia? _____
- Fecha del último período? ___ / ___ / ___
- Fecha de la última pap? ___ / ___ / ___
- Número de embarazos? _____
- Número de abortos involuntarios _____

Musculoesquelético

- Rigidez de la mañana, duración de la duración _____ Minutos _____ Horas
- Dolor en las articulaciones
- Debilidad muscular
- Sensibilidad muscular
- Inflamación de articulaciones
- Lista de las articulaciones afectadas en los últimos 6 meses

Tegumentario (piel ± mama)

- Moretones con facilidad
- Rojez
- erupción
- urticaria
- Sensibilidad al sol (alergia al sol)
- Opresión
- Nódulos / golpes
- Pérdida de cabello en parches
- Cambios de color de las manos o los pies en el frío

Sistema neurológico

- Mareo
- desmayo
- Espasmo muscular
- Pérdida de consciencia
- Entumecimiento u hormigueo
- Pérdida de memoria
- Sudores nocturnos
- Psiquiátrico**
- Preocupaciones excesivas
- Ansiedad
- Fácilmente perdiendo el temperamento
- Agitación
- Depresión
- Dificultad para quedarse dormido

Endocrino

- Sed excesiva

Hematológico / Linfático

- Glándulas hinchadas
- Glandulas blandas
- Anemia
- Tendencia a sangrar
- Transfusión/when _____

Alérgico / Inmunológico

- Estornudos frecuentes
- Increased susceptibility to infection

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

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