

ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER

Jaime A. Pachon, M.D. Margarita R. Garces, M.D. Olga Kromo, M.D. Patricia M. Mueller, M.D.

Nombre _____ Fecha _____

Revisión de Sistemas ¿Tiene Ud. o ha tenido problemas relacionados con los siguientes sistemas? Circule SÍ o NO
Por favor explique cualquier respuesta SÍ, en el espacio que se provee

Síntomas de Constitución

Fiebre	SÍ	NO
Escalofríos	SÍ	NO
Perdida de peso	SÍ	NO
Fatiga/Cansancio	SÍ	NO
Otro _____		

Ojos

Cambios visuales	SÍ	NO
Dolor	SÍ	NO
Sequedad de ojos	SÍ	NO
Otro _____		

Neurológico

Dolor de cabeza	SÍ	NO
Debilidad muscular	SÍ	NO
Adormecimiento/hormigueo	SÍ	NO
Otro _____		

Endocrinológico

Sed excesiva	SÍ	NO
Demasiado calor/frío	SÍ	NO
Cambios de peso	SÍ	NO
Otro _____		

Gastrointestinal

Dolor abdominal	SÍ	NO
Náusea/vómito	SÍ	NO
Diarrea	SÍ	NO
Indigestión/acidez	SÍ	NO
Otro _____		

De la Piel

Erupciones de piel	SÍ	NO
Perdida de cabello	SÍ	NO
Sensibilidad al sol	SÍ	NO
Otro _____		

Muscular-esquelético

Dolor de articulaciones	SÍ	NO
Dolor de cuello	SÍ	NO
Dolor de espalda	SÍ	NO
Otro _____		

Oído/Nariz/Garganta/Boca

Ulceras de boca	SÍ	NO
Sequedad de boca	SÍ	NO
Dificultades al tragar	SÍ	NO
Otro _____		

Cardiovascular

Dolor de pecho	SÍ	NO
Palpitaciones	SÍ	NO
Otro _____		

Genital-Urinario

Dolor al orinar	SÍ	NO
Orina con frecuencia	SÍ	NO
Sangre en la orina	SÍ	NO
Otro _____		

Respiratorio

Respiración ruidosa	SÍ	NO
Tos frecuente	SÍ	NO
Falta de aire	SÍ	NO
Otro _____		

Hematológico/Linfático

Glándulas inflamadas	SÍ	NO
Piernas inflamadas	SÍ	NO
Otro _____		

Psicológico

¿Se siente con depresión?	SÍ	NO
¿Siente ansiedad/nerviosismo?	SÍ	NO
¿Dificultades al dormir?	SÍ	NO
Otro _____		

Explique _____

PARA EL USO DE OFICINA SOLAMENTE:

Firma del Doctor: _____ Fecha: ____/____/____

ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER

Jaime A. Pachon, M.D. Margarita R. Garces, M.D. Olga Kromo, M.D. Patricia M. Mueller, M.D.

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____

Referido por _____

ENFERMEDADES MÉDICAS (Por favor, marque si usted ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, y enumere otras enfermedades.)

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedades de hígado, Hepatitis | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (¿donde? _____) | <input type="checkbox"/> Enfermedades de pulmones | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trombosis cerebral | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Presión elevada | <input type="checkbox"/> Úlceras de estómago/duodeno | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de riñones | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| | | <input type="checkbox"/> _____ |

HOSPITALIZACIONES Y CIRUGIAS (Enumere cualquier enfermedad y/o cirugía personal pasada y fecha.)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

HISTORIAL MÉDICO

HISTORIAL MÉDICO Enumere cualquier enfermedad seria en su familia. (Ejemplo: diabetes, tuberculosis, cáncer de seno, enfermedades cardíacas, etc.)

Padre _____

Madre _____

Hermanos/
Hermanas _____

Hijos/hijas _____

HISTORIAL SOCIAL PASADO

¿Fuma Ud.? Sí No Si Sí, ¿Qué cantidad? _____

¿Bebe Ud.? Sí No Si Sí, ¿Qué cantidad? _____

MEDICAMENTOS QUE USTED TOMA

(incluya píldoras anticonceptivas, vitaminas y otros medicamentos que no requieren prescripción)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

ALERGIAS A LAS MEDICINAS

(Explique)

_____	_____
_____	_____
_____	_____