ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER

Jaime A. Pachon, M.D. Margarita R. Garces, 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.)

- ☐ Artritis
- ☐ Cancer (¿donde?_____)
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedades cardiacas
- ☐ Presión elevada
- ☐ Enfermedades de riñones
- ☐ Enfermedades de higado, Hepatitis
- ☐ Enfermedades de pulmones
- ☐ Trombosis cerebral
- ☐ Enfermedad de tiroides
- ☐ Ulceras de estómago/duodeno
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

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

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

HISTORIAL MÉDICO

HISTORIAL MÉDICO Enumere cualquier enfermedade serias en su familia. (Ejemplo: diabetes, tuberculosis, cáncer de seno, enfermedades cardiacas, etc.)

Padre _____

Madre_____

Hermanos/ Hermanas _____

_____

_____

Hijos/hijas _____ Cuantos hijos/hijas en total # _____

_____ Edades _____

HISTORIAL SOCIAL PASADO

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

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

MEDICAMENTOS QUE USTED TOMA

(incluya pildoras anticonceptivas, vitaminas y otros medicamentos que no requieren prescripcion)

_____ _____

_____ _____

_____ _____

ALERGIAS A LAS MEDICINAS

(Explique)

_____ _____

_____ _____

_____ _____

ARTHRITIS & RHEUMATIC CARE CENTER

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

Nombre_____Fecha_____

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

Síntomas de Constitución
- Fiebre SÍ NO
- Escalofríos SÍ NO
- Peridida 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
- Cambias de peso SÍ NO
- Otro_____

Gastrointestinal

Dolor adbominal 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 esplada SÍ NO
- Otro_____

Oido/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 depresion? SÍ NO
- ¿Siente anxiedad/nerviosismo? SÍ NO
- ¿Dificultades al dormir? SÍ NO
- Otro_____

Explique_____

_____

PARA EL USO DE OFICINA SOLAMENTE:

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