

# ARC-Reumatología-Complete su historial médico

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Número teléfono (día): \_\_\_\_\_ Número teléfono(noche): \_\_\_\_\_

Dirección email: \_\_\_\_\_ Ocupación/Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (nombre): \_\_\_\_\_ Contacto de emergencia (teléfono): \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Grupo étnico: \_\_\_\_\_

**Médico de cabecera:** \_\_\_\_\_ **Médico que la/lo refirió:** \_\_\_\_\_

## Farmacia preferida

### (Farmacia local principal)

Nombre: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Ciudad o código postal: \_\_\_\_\_

### (Farmacia secundaria – Farmacia de correo-distancia)

Nombre: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

Ciudad o código postal: \_\_\_\_\_

## Historial reumatológico

### Padeces del alguna de las siguientes?

- NINGUNA
- Espondilitis anquilosante:  
Desde cuándo? \_\_\_\_\_
- DISH
- Fibromialgia
- Gota: Desde cuándo? \_\_\_\_\_
- Crohn's/colitis ulcerativa
- MCTD (Mixed connective tissue disease)
- Osteoartritis(Especifique): \_\_\_\_\_
- Osteopenia
- Osteoporosis: ¿Años? \_\_\_\_\_
- Pseudogota

- Artritis psoriatica:  
Desde cuando? \_\_\_\_\_
- Artritis reumática:  
Desde cuándo? \_\_\_\_\_
- Ciática
- Scleroderma
- Escoliosis
- Sjogren's
- Lupus (SLE):  
Desde cuando? \_\_\_\_\_
- Artritis/discos degenerados:  
**Especifique:** Cervical Lumbar
- Estenosis espinal:  
**Especifique:** Cervical Lumbar

- Fracture de compresión vertebral
- Deficiencia Vitamina D
- OTRAS:
- Lupus cutáneo/discoide
- Psoriasis de la piel  
Desde cuándo? \_\_\_\_\_
- OTRAS  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si padeces de artritis reumatoide (RA), cuan activa ha estado su artritis en los últimos 7 días? (Dibuje línea vertical)

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

(0 = no actividad)

(100= actividad más alta posible)

# ARC-Reumatología-Complete su historial médico

## Historial Médico Pasado

Padeces del alguna de las siguientes?

- NINGUNO
- Anemia crónica
- Ansiedad
- Asma
- Fibrilación atrial cardiaca
- Dolor crónico
- COPD/enfisema
- Arteriosclerosis coronaria
- Depresión
- Diabetes: Desde cuándo? \_\_\_\_
- Reflujo esófagal
- Hepatitis: Especifique: B o C
- HIV / SIDA:
- Colesterol alto
- Glaucoma
- Presión sanguínea alta
- Terapia radioactiva
- Epilepsia/convulsiones

- Hemorragia cerebral/o isquemia
- OTROS:**
- Cáncer  
(Especifique): \_\_\_\_\_  
Desde cuándo? \_\_\_\_\_

- Quimioterapia
- Coagulo de sangre  
(Especifique): \_\_\_\_\_
- Enfermedad pulmonar  
(Especifique): \_\_\_\_\_
- Tuberculosis previa/+ PPD  
  
¿Cuanto tiempo atrás?: \_\_\_\_  
  
Tratada: Si No

- Neuropatía periferal
- Otra condición neurológica  
Especifique: \_\_\_\_\_

- Dolor de cabeza  
(Especifique): \_\_\_\_\_
- Fallo cardiaco congestivo
- Infarto al corazón
- Enfermedad hígado  
(Especifique): \_\_\_\_\_
- Hígado graso
- Fracturas: Especifique: \_\_\_\_\_
- Enfermedad renal crónica  
¿Cuándo?: \_\_\_\_\_
- Apnea del sueno  
Usa el CPAP: SI NO
- Otras  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Cirugías musculoesqueletales pasadas

Seleccione las cirugías que le apliquen

- Ninguna
- Descompresión túnel carpal  
**ESPECIFIQUE:** Derecha Izquierda  
Ambas  
Cuando: \_\_\_\_\_
- Radio distal ORIF  
**ESPECIFIQUE:** Derecha Izquierda  
Ambas  
Cuando: \_\_\_\_\_
- Reemplazo: Cadera  
**ESPECIFIQUE:** Derecha Izquierda  
Ambas  
Cuando: \_\_\_\_\_
- Reemplazo: Rodilla

**ESPECIFIQUE:** Derecha Izquierda  
Ambas

- Cuando: \_\_\_\_\_
- Reemplazo: Hombro  
**ESPECIFIQUE:** Derecha Izquierda  
Ambas  
Cuando: \_\_\_\_\_
- Artroscopia de rodilla  
**ESPECIFIQUE:** Derecha Izquierda  
Ambas  
Cuando: \_\_\_\_\_
- Kifoplastia / Vertebroplastia  
Cuando: \_\_\_\_\_
- Espalda Lumbar:  
Descompresión  
Cuando: \_\_\_\_\_

- Espalda lumbar :  
Descompresión y Fusión  
Cuando: \_\_\_\_\_
- Espalda lumbar: Reemplazo de discos  
Cuando: \_\_\_\_\_
- Reparación Rotator Cuff  
**ESPECIFIQUE:** Derecha Izquierda  
Ambas
- OTHER:**
- Trigger finger release  
Cuando: \_\_\_\_\_
- Otras: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# ARC-Reumatología-Complete su historial médico

## Otras cirugías medicas pasadas

Seleccione las cirugías que le apliquen:

- Ninguna
- Apéndice (Apendectomía)
- Vejiga (Cistectomía)
- Seno: Biopsia
- Seno: *Lumpectomía*
- Seno: *Mastectomía*
- Colon (Colectomía): *Remoción de cáncer*
- Colon (Colectomía): *Diverticulitis*
- Colon (Colectomía): *Crohn's/colitis ulcerativa*
- Vesícula (Colecistectomía)
- Corazón: Bypass arterias coronarias (CABG)
- Corazón: Reemplazo de válvula
- Corazón: PTCA/cateterización cardíaca
- Riñón: Remoción de piedras
- Riñón : Nefrectomía
- Biopsia de riñón: Cuando? \_\_\_\_\_
- Hígado: Hepatectomía
- Ovarios (Oophorectomía): Endometriosis

- Ovarios (Oophorectomía): Cáncer
- Ovarios (Oophorectomía): Cyst
- Ovarios: Amarre de tubos
- Páncreas: Pancreatomía
- Próstata (Prostatectomía): biopsia de próstata
- Próstata (Prostatectomía): Cáncer
- Próstata (Prostatectomía): TURP
- Recto: Resección
- Piel: cáncer de basal cell
- Piel: cáncer de melanoma
- Piel: biopsia de piel: Especifique: \_\_\_\_\_
- Piel: Cáncer de squamous cell
- Vaso (Splenectomía)
- Testículos (Orchiectomía)
- Útero (Histerectomía): Fibromas
- Útero (Histerectomía): cáncer uterino
- Útero (Histerectomía): cáncer cervical

OTROS:

- Biopsia hígado: Cuando?: \_\_\_\_\_
- Biopsia medula ósea: Cuando? \_\_\_\_\_

Otros

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# ARC-Reumatología-Complete su historial médico

## Medicamentos

- I. Escriba todos sus medicamentos presentes que usa SOLO para SU DOLOR o CONDICION REUMATICA, incluyendo TODA pastillas que no requieren receta:

Al presente, yo no tomo ningún medicamento reumatológico o para dolor, sea de prescripción o sin prescripción.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Fecha comenzado	Efectivo? (Si o No)

- II. Escriba TODO OTRO MEDICAMENTO NO REUMATOLOGICO que usted use, INCLUYENDO aspirina, vitaminas, suplementos, etc (NO INCLUYA DOSIS NI FRECUENCIA).

Al presente, yo no tomo ningún medicamento o suplemento de ningún tipo.

Medicamentos	Medicamentos	Medicamentos
1	6	11
2	7	12
3	8	13
4	9	14
5	10	15

## Alergias

Escriba TODAS sus alergias a medicamentos y describa la reacción y la severidad

No padezco de ninguna alergia a medicamento alguno

Alergia	Reacción	Severidad
1.) _____	_____	_____
2.) _____	_____	_____
3.) _____	_____	_____
4.) _____	_____	_____
5.) _____	_____	_____

## ARC-Reumatología-Complete su historial médico

Complete la siguiente tabla **SOLO** si usted padece de un **DIAGNOSTICO PREVIO** de alguna de las siguientes condiciones: Artritis reumática, artritis psoriática, spondylitis anquilosante , gota, lupus, Sjogren’s, mixed connective tissue disease, scleroderma, vasculitis, fibromialgia, osteoporosis

Medicamento	Mes/Año de comienzo	Mes/ Año de discontinuación	¿Le ayudó? Si o No	Razón de discontinuación
Prednisone or medrol				
Plaquenil(hydroxychloroquine)				
Sulfazalazine				
Methotrexate: oral or SQ				
Arava (leflunomide)				
Azathioprine (Imuran)				
Mycophenylate (Cellcept)				
Cyclophosphamide (Cytoxan)				
Xeljanz				
Otezla				
Enbrel				
Humira				
Cimzia				
Stelara				
Consentrix				
Simponi (Specify): SQ or IV				
Orencia (Specify): SQ or IV				
Actemra (Specify): SQ or IV				
Remicade				
Rituxan				
Benlysta				
Allopurinol				
Uloric				
Colchicine (Colcrys)				
Neurontin (gabapentin)				
Lyrica				
Cymbalta (duloxetine)				
Savella				
Cyclobenzaprine (Flexeril)				
Amitryptiline (Elavil)				
Fosamax (alendronate)				
Actonel				
Boniva				
IV Reclast (zoledronic acid)				
Prolia				
Forteo				

# ARC-Reumatología-Complete su historial médico

## Historial social

### Uso de tabaco (Seleccione una):

- Fumo todos los días
- Fumo algunos días
- Fumaba en el pasado
- Nunca he fumado
- No se si he fumado

### Uso de Alcohol (Seleccione una):

- Nada
- 1 o menos por día
- 1-2 por día
- 3 o más por día
- Uso de droga ilícita: No Si  
Especifique:  
\_\_\_\_\_

¿Uso de droga ilícita inyectable en los últimos 12 meses? No Si

### Ejercicio (Seleccione una):

- Varias veces al día
- Una vez al día
- Algunas veces por semana
- Algunas veces al mes
- Nunca ejercito

### Estado sexual (Seleccione una):

- No activo sexualmente
- Sexualmente activo (Una pareja):  Sexualmente activo (múltiples parejas)  Sexualmente activo (pareja mismo sexo)

En los últimos 12 meses, cuantas veces has tomado más de 5 bebidas alcohólicas por día (hombre), o 4 o más bebidas alcohólicas (mujer o cualquier adulto sobre 65 años de edad)?

Selecciona: 0 hasta 365 días/año: \_\_\_\_\_

## Historial familiar

Incluya todo pariente de primer grado con condiciones reumatológicas o artríticas:

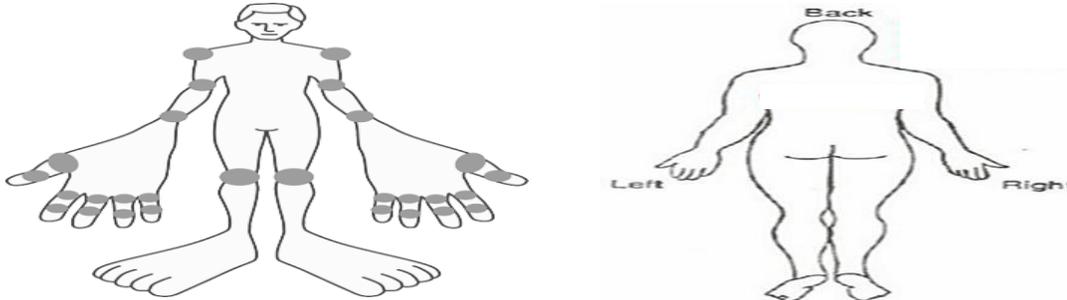
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# ARC-Reumatología-Complete su historial médico

1. Circule **RAZON DE SU REFERIDO**: Osteoartritis, fibromialgia, artritis reumatoide, artritis psoriatica, spondyloartritis anquilosante, lupus, Sjogren's syndrome, Mixed o undifferentiated connective tissue disease, dermatomiositis, polimiositis, osteoporosis, vasculitis (Especifique): \_\_\_\_\_; Prueba **de laboratorio autoinmune anormal**: Especifique: \_\_\_\_\_  
Otra razón: \_\_\_\_\_

2. **SI SU QUEJA PRINCIPAL ES DOLOR**, escriba la parte del cuerpo que le duele más: \_\_\_\_\_

Indique con una **X** o **SOMBREA** en el diagrama abajo todas las áreas de su cuerpo que usted tiene dolor **significante** o roncha:



**Circule y especifique abajo todas las condiciones que le apliquen a usted:**

3. **PREFERENCIA DE MANO**: Derecha Izquierda

4. **CONTEXTO**: Especifique si su dolor es asociado a algún trauma o oficio repetitivo: \_\_\_\_\_

5. **DESCRIBA SU DOLOR**: «aching» «agudo» «agudo en crónico» «crónico» «espasmo» «pesado» «eléctrico» «radiante» «punzante» «Duele al tocar» Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

6. **SINTOMAS ASOCIADOS**: «desbalance» «dolor muscular generalizado» «conyuntura inchada» «calambre» «ronchas»  
«Entumecimiento matutino (stiffness) (Circule)»: «ninguno» «menos de 20 min» «de 20-40 minutos» «más de 45 min»

Indique otros síntomas asociados: \_\_\_\_\_

7. **TIMING**: «Peor en las noches» «Peor en las mañanas» «ocurre intermitentemente» «ocurre con ciertas actividades» «ocurre con ciertas actividades: especifique actividad(des): \_\_\_\_\_» Otra: \_\_\_\_\_

8. **SEVERIDAD**: Al presente: 0 (No dolor) 1-3 (Leve), 4-6 (Moderado), 7-10 (Severo)  
Inicialmente: 1-3 (Leve), 4-6 (Moderado), 7-10 (Severo)

9. **DURACION**: Años: \_\_\_\_\_; Meses: \_\_\_\_\_ Días: \_\_\_\_\_

10. **ESPECIFIQUE SI ALGUNOS DE ESTOS TRATAMIENTOS LA HAN AYUDADO**: «ejercicios» «inyección de coyuntura» «relajantes musculares» «narcóticos» «NSAIDs/antiinflamatorios» «terapia física» «gels topicales» «Tylenol» «Ultram/Tramadol»  
Otros:(Especifique): \_\_\_\_\_

11. **REFERIDO**: Indique que otros especialistas/doctor usted ha visto para su problema presente? \_\_\_\_\_

# ARC-Reumatología-Complete su historial médico

## Repaso de sistemas

## Alertas

Seleccione SI lo siguiente aplica:

Síntoma	Si	Síntoma	Si
Fatiga excesiva		Sangre en orina	
Fiebres de más 100F		Ulceras genitales	
		Resequedad vaginal	
Sudoración excesiva nocturna		Abortos recurrentes	
Pérdida de peso no intencional		Perdida de pelo excesiva	
		Roncha en piel causada por mínima exposición al sol	
Dolor en el ojo		Otras ronchas crónicas	
		Rosácea	
Resequedad ojos		Psoriasis de la piel	
Resequedad boca		Induración de la piel	
Decaimiento dental		Descoloración de los dedos con exposición al frío	
Ulceras bucales\ nasales recurrentes		Nódulos en la piel	
Sangrado nariz		Dolor al tocar la cabeza	
Sinusitis crónica		Sensaciones eléctricas en la extremidad	
		Debilidad en extremidad	
Dolor al masticar		Tremores musculares	
Inflamación del oído externo		Abobamiento	
Ronquido alto		Problemas de memoria	
		Depresión	
Dolor pecho al respirar		Ansiedad/estrés excesivo	
Hinchazón piernas		Insomnio	
Problemas al respirar		Intolerancia al calor	
Tos sangrienta		Intolerancia al frío	
Tos seca		Sangramiento excesivo	
Reflujo crónico		Glándulas hinchadas	
Problemas al tragar		Infecciones recurrentes	
Dolor abdominal			
Excreta negra			
Excreta con sangre			
Diarrea crónica			
Estreñimiento crónico			
Irritable bowel (IBS)			

Alerta	Si
Alergia a adhesivos	
Alergia a Lidocaine	
Alergia a Antibióticos topicales/ ointments	
Planeando embarazo/o embarazada	
Premeditación antes de procedimientos	
Drogas anti coagulantes	
Válvula artificial Corazón	
Reemplazo de coyuntura en los últimos dos años	
MRSA	
Marcapaso cardiaco	
Defibrilador cardiac	
Problemas con sanar heridas/cicatrizar	