

RHEUMATOLOGY PATIENT HISTORY FORM

reumatología forma médica de la historia paciente

Date / fecha : _____/_____/_____

NAME

(nombre):

_____ *Last - apellido* _____ *First - primero nombre* _____ M. I.

Birthdate / fecha de nacimiento:

_____/_____/_____

Age / edad: _____

Sex / sexo: F M

Marital status / estado civil: Never married / nunca casado Married / casado Divorced / divorciado

Separated / separado Widowed / viudo Partnered / significativo otro otro significativo

Who said you needed a rheumatologist?

¿Quién dijo que necesitaba un reumatólogo? _____

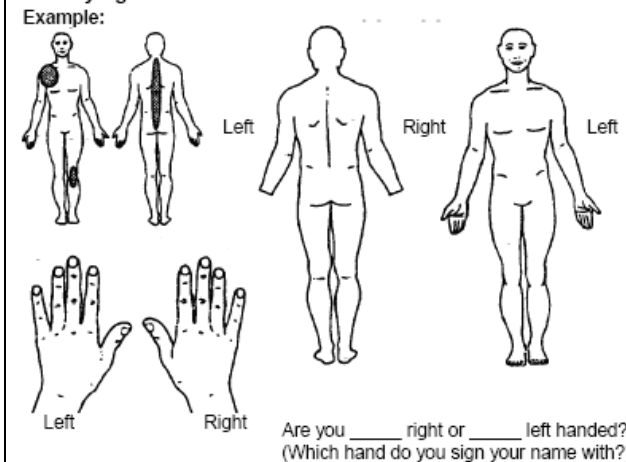
Name of your primary care physician:

¿Quién es su doctor primario? _____

Describe briefly your present symptom(s): _____

Cuáles son sus síntomas

Please shade all the locations of your pain over the past week on the body figures and hands.



When did your symptoms start? _____

cuándo sus síntomas comenzaron

What diagnosis have you been given, if any? _____

¿Cuál es su diagnóstico hasta ahora? _____

Please list practitioners & specialties you have seen for this problem: _____

¿Qué doctores la han visto para su problema medico? _____

What makes you better? _____

¿Qué le hace sentir mejor? _____

What makes you worse? _____

¿Qué le hace sentir peor? _____

On a scale of 1 (no pain) to 10 (worst pain), how bad is your pain? _____

¿En una escala de una al diez, que tan malo es su dolor? _____

Previous treatment for this problem (include physical therapy, surgery, alternative treatments, and injections):

Tratamiento anterior para este problema (incluya la terapia física, la cirugía, los tratamientos alternativos, y las inyecciones): _____

PAST MEDICAL HISTORY historia clínica

* Do you now have or did you ever have (¿Tiene actualmente o ¿alguna vez te han):

* check if "yes" (comprobar si sí)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> stomach or peptic ulcer / úlcera de estómago o péptica | <input type="checkbox"/> hepatitis or liver disease / hepatitis o enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> crohn's disease or colitis / enfermedad de Crohn o colitis |
| <input type="checkbox"/> kidney disease / enfermedad renal | <input type="checkbox"/> kidney or bladder stones / cálculos renales | <input type="checkbox"/> pulmonary embolism / tromboembolismo pulmonar |
| <input type="checkbox"/> high cholesterol / colesterol alto | <input type="checkbox"/> asthma / asma | <input type="checkbox"/> blood clots / coágulos de sangre |
| <input type="checkbox"/> hypothyroidism / hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> emphysema / enfisema | <input type="checkbox"/> pneumonia / neumonía |
| <input type="checkbox"/> goiter / bocio | <input type="checkbox"/> epilepsy / epilepsia | <input type="checkbox"/> tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> high blood pressure / alta presión | <input type="checkbox"/> stroke / derrame cerebral | <input type="checkbox"/> diabetes |
| <input type="checkbox"/> heart problems / problemas de corazón | <input type="checkbox"/> depression / depresión | <input type="checkbox"/> jaundice / ictericia |
| <input type="checkbox"/> heart murmur / soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> anxiety / ansiedad | <input type="checkbox"/> hiv or aids / vih o sida |
| <input type="checkbox"/> rheumatic fever / fiebre reumática | <input type="checkbox"/> psoriasis | <input type="checkbox"/> anemia |
| <input type="checkbox"/> angina | <input type="checkbox"/> glaucoma | <input type="checkbox"/> leukemia / leucemia |
| <input type="checkbox"/> cancer (type / tipo) | <input type="checkbox"/> cataracts / cataratas | <input type="checkbox"/> lymphoma / linfoma |

Other significant illnesses (please list): por favor lista de otras enfermedades importantes

Any previous fractures? No Yes Describe: _____
 Cualquier fracturas anteriores? No Sí Describe: _____
 Any other serious injuries? No Yes Describe: _____
 Cualquier otra lesiones graves? No Sí Describe: _____

RHEUMATOLOGIC (ARTHRITIS) HISTORY reumatológicos (artritis) historia

* At any time have you or a blood relative had any of the following? (check if "yes")

* ¿Usted o un pariente Ha tenido alguna vez alguna de las siguientes condiciones? (comprobar si sí)

	You / tú	Relative / familiar	Relationship / Relación
Arthritis unknown type / Artritis tipo desconocido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____
Osteoarthritis / Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____
Rheumatoid arthritis / artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____
Gout / Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____
"SLE" or Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____
Ankylosing spondylitis / Espondilitis anquilosante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____
Childhood arthritis / Infancia artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____
Sjogren's syndrome / Síndrome de Sjögren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____
Psoriatic arthritis / Artritis psoriásica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____
Fibromyalgia / Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ _____

FAMILY HISTORY historia familiar

	Age/ edad	If living / si vivo Health problems / problemas de salud	If deceased / si fallecido Age at death / Edad de la muerte	Cause(s) of death / causa de la muerte
Father / padre	_____	_____	_____	_____
Mother / madre	_____	_____	_____	_____

Number of siblings / Número de hermanos: _____ Number living / Número vivo: _____

Number of children / Número de niños: _____ Number living / Número vivo: _____

List ages of each / Lista de las edades de cada niño: _____

Health of children and/or siblings (Salud de los niños y / o hermanos): _____

PERSONAL HISTORY historia personal			
* What is your highest educational level? ¿Cuál es su nivel de enseñanza más alto?	<input type="checkbox"/> High school / escuela secundaria	<input type="checkbox"/> College / universidad	<input type="checkbox"/> Advanced degree / avanzado grado
* What occupation(s) have you had? ¿Qué ocupaciones usted ha tenido?			
* Are you currently working? ¿Usted está trabajando actualmente?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Full time tiempo complete <input type="checkbox"/> Part time tiempo parcial
* If not working, are you: Si no, es usted:	<input type="checkbox"/> retired retirado	<input type="checkbox"/> disabled desabilitado	<input type="checkbox"/> on sick leave? licencia enfema
* Do you receive disability or SSI? ¿Esta usted desabilitado o SSI?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No	If yes, for what disability? ¿Si sí, para qué inhabilidad?
* With whom do you currently live? ¿con qué frecuencia ejercicio cada semana?			
* What kind of exercise do you do? ¿Con quien usted vive?			How often? ¿Cuántas veces?
* Do you smoke? ¿Usted fuma?	<input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Yes Sí	How much? ¿Cuánto?
			<input type="checkbox"/> In the past ¿En el pasado
			How long ago? ¿Hace cuánto tiempo?
* Do you drink alcohol? ¿Usted bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No	Usual drink: Bebida generalmente:
			How much/often: ¿Cuánto/a menudo:
* Has anyone ever told you to cut down on your drinking? ¿Alguien le ha dicho que tiene que beber menos?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No	
* Do you use drugs for reasons that are not medical? ¿Usted utiliza las drogas por las razones que no son médicas?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No	If yes, please list: Si sí, enumere por favor:
* Do you get enough sleep at night? ¿Usted consigue bastante sueño en la noche?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No	How many hours? ¿Cómo muchas horas?
* Do you wake up feeling rested? ¿Usted se despierta sintiendose descansada / o?	<input type="checkbox"/> Yes Sí	<input type="checkbox"/> No No	

PREVIOUS SURGERIES / OPERATIONS cirugías anteriores

Type / Tipo	Year/año	Reason / razón
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____

MEDICATIONS medicamentos

*What medication allergies do you have? What type of allergic reaction was it?
¿A qué medicinas es usted alergica / o? ¿Qué tipo de reacción alérgica a tenido ? _____

*Please list below any non-prescription agents that you are taking. Include vitamins, glucosamine, laxatives, calcium, etc.
Enumere debajo de cualquier agente sin prescripción que usted esté tomando. Incluya vitaminas, glucosamina, laxantes, calcio, etc

SYSTEMS REVIEW

Date of last eye exam _____

Date of last chest x-ray _____

Date of last bone density test _____

Result of last TB (PPD) test: Never done Negative Positive

Date test performed: _____

GENERAL

- Recent weight gain; how much _____
 Recent weight loss: how much _____
 Fatigue
 Weakness
 Fever
 Night sweats

MUSCLE/JOINTS/BONES

- Morning stiffness
Lasting how long? _____ Minutes
_____ Hours
 Joint pain
 Joint swelling
 Muscle weakness
List joints affected in the last 6 months

EARS

- Ringing in ears
 Loss of hearing

EYES

- Pain
 Redness
 change or loss of vision
 Double or blurred vision
 Dryness
 Feels like something in eye

MOUTH

- Sore tongue
 Bleeding gums
 Sores in mouth
 Loss of taste
 Dryness
 Recent increase in tooth cavities

NOSE

- Nosebleeds
 Loss of smell

THROAT

- Frequent sore throats
 Hoarseness
 Difficulty with swallowing
 Jaw pain while chewing
 Excessive thirst

NECK

- Swollen glands
 Tender glands

HEART AND LUNGS

- Coughing up blood
 Wheezing
 Cough
 Shortness of breath
 Difficulty in breathing at night
 Swollen legs or feet
 Pain in chest
 Irregular heart beat
 Sudden changes in heart beat

STOMACH AND INTESTINES

- Black stools
 Blood in stools
 Vomiting of blood / "coffee grounds"
 Heartburn or gastritis
 Increasing constipation
 Persistent diarrhea
 Yellow jaundice
 Nausea
 Stomach pain relieved by food or milk

NERVOUS SYSTEM

- Severe or constant headaches
 Dizziness
 Fainting or loss of consciousness
 Numbness or tingling in hands/feet
 Memory loss
 Muscle weakness

PSYCHIATRIC

- Sadness
 Excessive worries
 Difficulty falling asleep
 Difficulty staying asleep

OSTEOPOROSIS

- Getting shorter
 Past cortisone intake
 Frequent falls
 Scoliosis
 Low calcium intake

BLOOD / IMMUNE

- Frequent infections of any type
 Bleeding tendency
 Blood transfusion

SKIN

- Easy bruising
 Rash or hives
 Non-healing ulcers
 Sun sensitive or sun allergy
 Skin tightness
 Nodules/bumps
 Hair loss
 Color changes of hands or feet in the cold (Raynaud's)

KIDNEY/URINE/BLADDER

- Difficult urination
 Pain or burning on urination
 Blood in urine
 Cloudy, "smoky" urine
 Pus in urine
 Discharge from penis/vagina
 Frequent urination including night
 Prostate trouble
 Vaginal dryness
 Rash/ulcers
 Sexual difficulties

For women only:

Age when periods began: _____

Number of pregnancies: _____

Number of miscarriages: _____

Have you reached menopause?

No Yes If yes, at what age: _____

Have you had hormones? No Yes

Date of last Pap smear: _____

Date of last mammogram: _____

If you are still having periods:

Are they regular? Yes No

How many days apart? _____