



Rheumatology Center, Inc.
Arthritis & Rheumatic Diseases
12151 Taft St., Pembroke Pines, FL33026
Voice: (954) 704-1050 Fax: (954) 704-9814

José G. García, M.D.
Johana Duque, PA

Lilliam Miranda, M.D.
Luz A. Ruiz, PA

FORMULARIO PARA PACIENTE NUEVO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historial Cirugias

Cirugias / Lesiones / Enfermedades Graves	Año	Médico	Hospital

Medicamentos

Enliste los medicamentos que esta tomando si usted es nuevo para la clinicas de The Rheumatology Center:

Nombre de los Medicamentos	Dosis	Cuan frecuente?

Alergias:

Por favor indicar sus alergias:

- Medicamentos: _____
- Comidas: _____
- Cintas: _____
- Novocaine: _____
- Anestésicos: _____

Que tipo de alergias has tenido?:

Historia Familiar

SI VIVE AUN

SI HA FALLECIDO

	Edad	Salud	Edad al morir	Causa
Padre				
Madre				

Numero de hermanos: Hermano/s _____ Hermana/s _____ Vivo? _____ Si no, causa? _____

Numero de hijos: Hijo/s _____ Hija/s _____ Vivo? _____ Si no, causa? _____

¿En algún momento usted o un pariente ha tenido algunas de estas enfermedades? (indique si es "si")

	Usted	Relativo	→	Relación
Artritis (tipo desconocido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Lupus o "LED"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Espondilitis anquilosante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Artritis infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Síndrome de Sjogren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Psoriasis / Artritis psoriásica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____

Historial Social

Ocupación: _____

Estado marital: ____ Soltero(a) ____ Casado(a) ____ Divorciado(a) ____ Viudo(a)

¿Usted fuma algún tipo de tabaco? ____ Si ____ No Si fuma, cuanto por día? _____ Por cuanto tiempo? _____

¿Usted ha fumado en el pasado? ____ Si ____ No Si ha fumado, cuanto por día? _____ Cuando lo dejaste? _____

¿Usted utiliza alguna droga ilícita? ____ Si ____ No

¿Usted consume bebidas alcohólicas? ____ Si ____ No Si consume, cuan frecuente? _____

¿Usted ha tenido alguna vez transfusión de sangre? ____ Si ____ No Si haz tenido, en que año la tuvo? _____

¿Usted hace ejercicio? ____ Si ____ No Si hace ejercicio, ¿que tipo de ejercicio? _____

¿Cuantas veces en semana? _____

Usted?

Si No (Si la respuesta es si, por favor sea específico)

¿Se ha visto con un doctor especialista? (Por favor indique el nombre)

¿Se ha hecho Rayos-X, MRI, Escaneo de CT, Ultrasonido, o un Estudio de Conducción de Nervios? Dónde (Ubicación donde se hizo)?

¿Se ha hecho análisis de sangre con otro doctor?

Ha estado hospitalizado(a)? Dónde?

PARA PACIENTES DE INFUSION SOLAMENTE:

¿Ha estado tomando antibióticos o tenido fiebre?

PARA PACIENTES CON MEDICARE SOLAMENTE:

Se ha visto con su doctor primario este año?

