



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

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?

REVIEW OF SYSTEM

***** CIRCLE IF ANY: PLEASE CIRCLE ONLY WHAT YOU FEEL TODAY*****

General/Constitutional

-Change in appetite -Chills -Fatigue - Fever - Headache

Ophthalmologic/ENT

- Blurred vision - Dry eye - Pain -Dry mouth -Mouth sores

Respiratory

- Chest pain - Cough - Hemoptysis

Cardiovascular

- Dyspnea on exertion - Palpitations - Shortness of breath

Gastrointestinal

- Abdominal pain - Constipation - Diarrhea

Hematology

- Weakness - Weight loss

Musculoskeletal

- Joint stiffness - Muscle aches - Painful joints - Swollen joints

Skin

- Nodule(s) - Rash -Color changes in fingers when exposed to cold

Neurologic

- Balance difficulty - Gait abnormality - Tingling/Numbness

Psychiatric

- Anxiety - Depressed mood - Difficulty sleeping - Loss of appetite

Have you had the flu shot? YES NO

If yes, when and where? _____

Have you had the Pneumonia shot? YES NO

If yes, when and where? _____

*****OFFICE USE ONLY*****

VITALS:

BP: _____

HR: _____

Wt: _____

EXAMEN DEL SISTEMA

*****CÍRCULE EN SU CASO: POR FAVOR, CÍRCULE SOLO LO QUE SIENTE HOY*****

General / Constitucional

-Cambios en el apetito -Resfriado -Fatiga -Fiebre -Dolor de cabeza

Oftalmológica/ENT

-Visión borrosa -Ojo seco - Dolor -Boca seca -Ulceras en la boca

Respiratorio

-Dolor de pecho -Tos -La hemoptisis

Cardiovascular

-La disnea de esfuerzo -Palpitaciones -Dificultad para respirar

Gastrointestinal

-Dolor abdominal -Estreñimiento -Diarrea.

Hematología

-Debilidad -Pérdida de peso

Musculoesqueléticas

-Rigidez en las articulaciones -Dolores musculares -Articulaciones dolorosas
-Articulaciones inflamadas.

Piel

-Nódulo(s) -Erupción -Cambio de color de dedos cuando en el frio

Neurológica

-Dificultad Balance -Alteración de la marcha -Hormigueo / adormecimiento

Psiquiátrico

-Ansiedad -Estado de ánimo deprimido -Dificultad para dormir -Pérdida de apetito

Te haz hecho la vaccuna de neumonia? SI NO

Quando y adonde? _____

Te haz Hecho la vaccuna de la gripe? SI NO

Quando y adonde? _____

*****PARA USO DE OFICINA*****

VITALS:

BP: _____

HR: _____

Wt: _____