

# CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE DE REUMATOLOGÍA

Al llenar este formulario podrá recordar información que su médico necesita para evaluar su salud. Además, servirá como una guía para su médico para obtener su historia clínica.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_\_\_

Deseo ver al médico para: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las cosas que lo están molestando? \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES FAMILIARES:

	Edad	Estado de salud	Edad al fallecer	Causa de muerte o mala salud
Madre	_____	_____	_____	_____
Padre	_____	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Hermanas	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Marque las enfermedades conocidas que han ocurrido en la familia:

- Artritis reumatoide
- Gota
- Osteoporosis
- Lupus
- Tuberculosis
- Artrosis
- Fibromialgia

## SOBRE USTED

Ocupación actual \_\_\_\_\_  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Divorciado/a

Ocupación anterior \_\_\_\_\_ Vive con:  Su familia  Solo

¿Consumo Tabaco?  Sí  No Tipo \_\_\_\_\_ ¿Hace cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Bebe alcohol?  Sí  No

Alergias a:

Medicinas \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ ¿Toma  
medicamentos regularmente?  Sí  No

De ser así, anote los medicamentos: Por favor, incluya los medicamentos de venta libre.

1. \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Veces por día \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Veces por día \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Veces por día \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Veces por día \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Veces por día \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Veces por día \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Antecedentes

Enfermedad grave en la infancia: \_\_\_\_\_

Cirugías:	Tipo o causa	Cuándo y dónde

Lesiones:	Tipo o causa	Cuándo y tratamiento

¿Ha estado hospitalizado otras veces aparte de las cirugías?  Sí  No

¿Cuándo y dónde? \_\_\_\_\_

Marque cualquiera de las siguientes enfermedades que le hayan diagnosticado y proporcione detalles en el espacio provisto. Por favor, conteste cada pregunta. Cualquiera que deje en blanco se considerará negativa para su historia clínica.

Sí	No		Cuándo	Sí	No		Cuándo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre, resfriado, sudoración nocturna	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulso rápido, irregular o lento	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza severo/frecuente	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Periodos de inconsciencia	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómito con sangre	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera total/parcial	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio reciente en hábitos intestinales	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos secos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evacuaciones negras o con sangre	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de audición	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boca seca	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión frecuente o gases	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aftas	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera de estómago o intestino	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno o problemas sinusales	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ardor al orinar	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llagas en la nariz	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bocio o problemas de tiroides	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Micción frecuente	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cálculos Renales	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proteína o albúmina en la orina	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos con sangre	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento en manos o pies	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le han dicho que tiene problemas del corazón	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se siente ansioso, deprimido, o irritable?	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna vez ictericia o hepatitis	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trombosis o coágulo en brazo, pierna o pulmón	_____
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción en la piel	_____
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duerme bien	_____
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se siente descansado al despertarse	_____

¿Su peso cambió en último año?  Sí  No      ¿Cuánto? \_\_\_\_\_      ¿Peso reciente? \_\_\_\_\_  
 ¿Peso hace 1 año? (aproximadamente) \_\_\_\_\_      ¿Peso hace 5 años (aproximadamente) \_\_\_\_\_

Para ser llenado **por mujeres:**

¿Número de embarazos? \_\_\_\_\_      Abortos espontáneos \_\_\_\_\_      Hijos vivos \_\_\_\_\_  
 Edad en que se inició el periodo menstrual \_\_\_\_\_      Finalizó \_\_\_\_\_