

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE EN REUMATOLOGÍA

Fecha: ____ / ____ / ____

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Última

Primero

M. I.

Edad: _____ Sexo: F M

Estado civil: Nunca se casó Casados Divorciados Separados Viuda Pareja/pareja A quién agradecemos por recomendarte aquí? _____

Nombre de tu médico de cabecera: _____

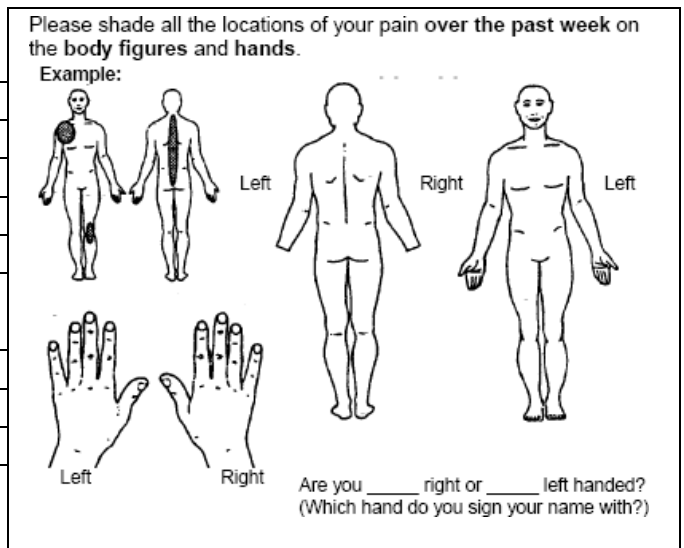
Describe brevemente tus síntomas actuales:

¿Cuándo empezaron tus síntomas?

¿Qué diagnóstico os han dado, si es que os han dado alguno?

Por favor, enumera los nombres de otros profesionales que hayas consultado para este problema:

Tratamientos previos para este problema (que incluyen fisioterapia, cirugía e inyecciones; medicamentos que se listarán más adelante):



HISTORIA REUMATOLÓGICA (ARTRITIS)

¿Tú o algún familiar de sangre has tenido alguna de las siguientes condiciones? (comprueba si "sí")

	Tú mismo	Relativo	→	Nombre/relación
Artritis (tipo desconocido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Lupus o "SLE"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Espondilitis anquilosante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Artritis infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Síndrome de Sjögren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____
Psoriasis/artritis psoriásica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	_____

HISTORIAL MÉDICO PASADO

¿Sabes o has tenido alguna vez: (comprueba si "sí")

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____ | <input type="checkbox"/> Golpe | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal o péptica |
| <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones) | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Cálculos renales | |

Otras enfermedades significativas (por favor enumerar): _____

Operaciones anteriores

<i>Tipo</i>	<i>Año</i>	<i>Motivo</i>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____

 ¿Alguna fractura previa? No Sí Describe _____

 ¿Alguna otra lesión grave? No Sí, describe _____

 ¿Usted fuma? Sí No En el pasado, ¿hace cuánto? _____

 ¿Bebéis alcohol? No Sí: Bebida habitual: _____ Cuánto: _____

 ¿Alguien te ha dicho alguna vez que reduzcas el consumo de alcohol? Sí No

 ¿Usas drogas por razones que no son médicas? No Sí. Si es así, por favor enumera: _____

 ¿Duermes lo suficiente por la noche? Sí No

 ¿Te despiertas sintiéndote descansado? Sí No

MEDICAMENTOS

 Alergias a medicamentos: No ¿Sí. ¿A qué? _____

Por favor, enumera cualquier medicamento que estés tomando ahora. Incluye medicamentos sin receta, como aspirina, vitaminas, glucosamina, laxantes, calcio, etc.

Nombre del medicamento
Dosis (incluye la dosis y el número de pastillas al día)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____

HISTORIA PERSONAL

 ¿Cuál es tu nivel educativo más alto? Escuela secundaria Algunos cursos universitarios
 Graduado universitario
 Grado avanzado

¿Cuál es tu ocupación actual o pasada? _____

 ¿Estás trabajando actualmente? : Sí No Si es así, horas a la semana _____ Si no, ¿lo eres tú Retirado Deshabilitado ¿Baja por enfermedad? ¿Recibes discapacidad o SSI? Sí No Si es así, ¿para qué discapacidad? _____ ¿En qué fecha comenzó esta discapacidad? _____

¿Con quién vives actualmente? _____

¿Cuánto ejercicio haces cada semana? _____ ¿Qué tipo de ejercicio? _____

HISTORIA FAMILIAR

	SI VIVES		SI FALLECIÓ	
	Edad	Salud	Edad en el momento de la muerte	Causa
Padre Madre				

Número de hermanos: _____ Número de vivos _____

Número de hijos _____ Número de vivos _____ Lista de edades de cada uno _____

Salud de los niños: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Fecha del último examen ocular _____ Fecha de la última radiografía de tórax _____
Fecha de la última prueba de densidad ósea _____

Resultado de la última prueba de TB (DPP): Nunca lo he hecho Negativo Positivo Fecha de la prueba realizada: _____

GENERAL

- Aumento de peso reciente; Cuánto _____
- Pérdida de peso reciente: cuánto _____
- Fatiga
- Debilidad
- Fiebre
- Sudores nocturnos

MÚSCULO/ARTICULACIONES/HUESOS

- Rigidez matutina
Cuánto tiempo dura _____ Actas
Horarios _____
 - Dolor articular
 - Debilidad muscular
 - Inflamación articular
- las articulaciones de la Lista afectadas en los últimos 6 meses
respirar por la noche

OREJAS

- Zumbido en los oídos
- Pérdida de audición

OJOS

- Dolor
- Enrojecimiento
- Pérdida de visión
- Visión doble o borrosa
- Sequedad
- Parece algo en el ojo

BOCA

- Lengua dolorida
- Sangrado en las encías
- Llagas en la boca
- Pérdida del gusto
- Sequedad
- Aumento reciente de caries dentales

NARIZ

- Sangrados nasales
- Pérdida del olfato

GARGANTA

- Anemia
- Ronquera
- Dificultad para tragar
- Dolor en la mandíbula al masticar

CUELLO

- Glándulas inflamadas
- Glándulas sensibles

CORAZÓN Y PULMONES

- Dolor en el pecho
- Latido cardíaco irregular
- Cambios repentinos en el latido cardíaco
- Dificultad para respirar
- Dificultad para respirar los últimos 6 meses
- frío (Raynaud)
- Piernas o pies hinchados
- Tos
- Tos de sangre
- Sibilancias

ESTÓMAGO E INTESTINOS

- manos/pies
- Náuseas
- Acidez
- Dolor de estómago aliviado con comida
- Vómito de sangre/"posos de café"
- Ictericia amarilla
- Aumento del estreñimiento
- Diarrea persistente
- Sangre en las heces
- Taburetes negros

RIÑÓN/ORINA/VEJIGA

- Micción difícil
- Dolor o ardor al orinar
- Sangre en la orina
- Orina turbia, "ahumada"
- Pus en la orina
- Secreción del pene/vagina
- Micción frecuente
- Levantarse por la noche para orinar
- Sequedad vaginal
- Erupción/úlceras
- Dificultades sexuales
- Problemas de próstata

SANGRE

- Dolores de garganta frecuentes
- Tendencia a sangrar

PIEL

- Golpes fáciles
- Enrojecimiento
- Erupción
- Colmenas
- Sensible al sol
- Tensión de la piel
- Nódulos/protuberancias
- Caída del cabello
- Cambios de color de manos o pies en
- Dificultad para

SISTEMA NERVIOSO

- Dolores de cabeza
- Mareos
- Desmayos o pérdida de conciencia
- Entumecimiento o hormigueo en
- Pérdida de memoria
- Debilidad muscular

PSIQUIÁTRICA

- Depresión
- Preocupaciones excesivas
- Dificultad para conciliar el sueño
- Dificultad para mantenerse dormido

Solo para mujeres:

Edad en la que comenzaron las reglas: _____

Número de embarazos: _____

Número de abortos espontáneos: _____

¿Has llegado a la menopausia?

No Sí. Si es así, a qué edad: _____

Fecha de la última citología: _____

Fecha de la última mamografía: _____

Si sigues teniendo la regla:

¿Son normales? Sí No

¿Cuántos días separados? _____