

Rheumatology Associates of South Texas

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Sobre usted: SEXO: Femenino **GRUPO ÉTNICO** Asiático Hispano Otro **ESTADO CIVIL:** Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Masculino Negro Blanco Viudo(a) Separado(a)

Idioma que prefiere: ___ Inglés ___ Español ___ Otro _____

Médico que le refiere: _____ **Núm. de farmacia:** _____

1. Marque con una (✓) sólo **UNA** respuesta que mejor describa sus capacidades en este momento:

EN LA ÚLTIMA SEMANA, ¿pudo realizar las siguientes actividades?	SIN dificultad	Con un POCO de dificultad	Con MUCHA dificultad	NO PUDE hacerlo
Vestirse, incluyendo abrocharse botones y cintas de los zapatos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Acostarse y levantarse de la cama	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Llevarse una taza o vaso lleno de líquido a la boca	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Caminar al aire libre en suelo firme y uniforme	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Lavarse y secarse todo el cuerpo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Agacharse para levantar ropa del piso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Abrir o cerrar llaves de agua	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Subirse y bajarse de un automóvil, autobús, tren o avión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Caminar dos millas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Participar en deportes y juegos como usted quisiera	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dormir bien toda la noche	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 3.3
Lidiar con sentimientos de ansiedad o nerviosismo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 3.3
Lidiar con sentimientos de depresión o tristeza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1.1	<input type="checkbox"/> 2.2	<input type="checkbox"/> 3.3

2. ¿Qué tanto dolor ha tenido como consecuencia de su condición **EN LA ÚLTIMA SEMANA**? Señale a continuación el grado de severidad de su dolor:



3. Al despertarse en la mañana **EN LA ÚLTIMA SEMANA**, ¿sintió entumecimiento? No Sí
Si la respuesta es "Sí," señale la cantidad de minutos _____ u horas _____ que le toma en recobrar la flexibilidad que tendrá durante el día.

4. ¿Cómo se siente **HOY** en comparación con su **última cita**? Marque con una (✓) sólo una respuesta.

(1) Mucho mejor **(2) Mejor** **(3) Igual** **(4) Peor** **(5) Mucho peor**

5. Teniendo en cuenta las distintas maneras en las que la enfermedad y las condiciones médicas pueden afectarle en este momento, señale a continuación si se siente:



FN (1)

1=0.3 16=5.3
2=0.7 17=5.7
3=1.0 18=6.0
4=1.3 19=6.3
5=1.7 20=6.7
6=2.0 21=7.0
7=2.3 22=7.3
8=2.7 23=7.7
9=3.0 24=8.0
10=3.3 25=8.3
11=3.7 26=8.7
12=4.0 27=9.0
13=4.3 28=9.3
14=4.7 29=9.7
15=5.0 30=10

PN (2)

PTGL (6)

RAPID

(0-30)

Categoría

HS=>12

MS=6.1-12

LS= 3.1-6

R= ≤3

6. Marque con una (✓) si ha sufrido alguna de las siguientes condiciones en la ultima semana

Constitutional

- _ Fiebre
- _ Pérdida de peso (>10 libras)
- _ Fatiga

Ojos / Boca

- _ Ojos secos
- _ Ojos inflamados o rojos
- _ Úlcera/ llaga en la boca
- _ Boca seca

Respiratorio

- _ Falta de aire
- _ Tos
- _ Dolor al respirar

Cardiovascular

- _ Dolor de pecho

Piel

- _ Erupción cutánea
- _ Caída del cabello

7. Marque con una (✓) en el cuadro apropiado para indicar el grado de dolor que siente hoy en cada una de las áreas de articulación de la lista a continuación:

	<u>Nada</u>	<u>Leve</u>	<u>Moderado</u>	<u>Intenso</u>		<u>Nada</u>	<u>Leve</u>	<u>Moderado</u>	<u>Intenso</u>
DEDOS MANO IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	DEDOS MANO DERECHA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
MUÑECA IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	MUÑECA DERECHA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CODO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	CODO DERECHO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
HOMBRO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	HOMBRO DERECHO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CADERA IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	CADERA DERECHA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
RODILLA IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	RODILLA DERECHA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
TOBILLO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	TOBILLO DERECHO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
DEDOS PIE IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	DEDOS PIE DERECHO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
CUELLO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	ESPALDA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

8. Escriba a continuación algún fármaco o medicamento nuevo que haya cambiado desde su última visita.

<u>MEDICAMENTO NUEVO</u>	<u>DOSIS</u>	<u>Cuántos por día o semana</u>	<u>MEDICAMENTO SUSPENDIDO</u>	<u>MEDICAMENTO QUE DEBE RESURTIR</u>
1. _____	_____	_____	1. _____	1. _____
2. _____	_____	_____	2. _____	2. _____
3. _____	_____	_____	3. _____	3. _____

ALERGIAS A FÁRMACOS

9. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido...? [(Marque con una (✓))]

- | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|
| Una operación o enfermedad nueva | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Efectos secundarios de algún medicamento | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Una visita o estancia en un hospital | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Fuma cigarrillos con regularidad | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| Un síntoma nuevo significativo | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Una caída, accidente u otro trauma | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |

Explique a continuación las respuestas a las que contestó "Sí":