



AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY

EDUCACIÓN • TRATAMIENTO • INVESTIGACIÓN

Historia Clínica del Paciente

Fecha de la primera cita: ____/____/____ Hora de la cita: _____ Lugar de nacimiento: _____
MES DÍA AÑO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL 2do APELLIDO DE SOLTERA MES DÍA AÑO

Domicilio: _____ Edad: _____ Sexo: F M
CALLE NÚM. DE DEPARTAMENTO

_____ Teléfono: Casa (____) _____
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Trabajo (____) _____

ESTADO CIVIL: Nunca se casó Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Cónyuge / Pareja: Vive / Edad ____ Falleció/ Edad ____ Enfermedades principales _____

EDUCACIÓN (encierra en un círculo el nivel educativo más alto que terminó):

Escuela primaria 7 8 9 10 11 12 Universidad 1 2 3 4

Escuela de posgrado _____
Ocupación _____ Cantidad de horas trabajadas/promedio por semana _____

Fue referido por: (marque una opción) Sí mismo Familia Amigo Médico Otro profesional de la salud

Nombre de la persona que le refirió: _____

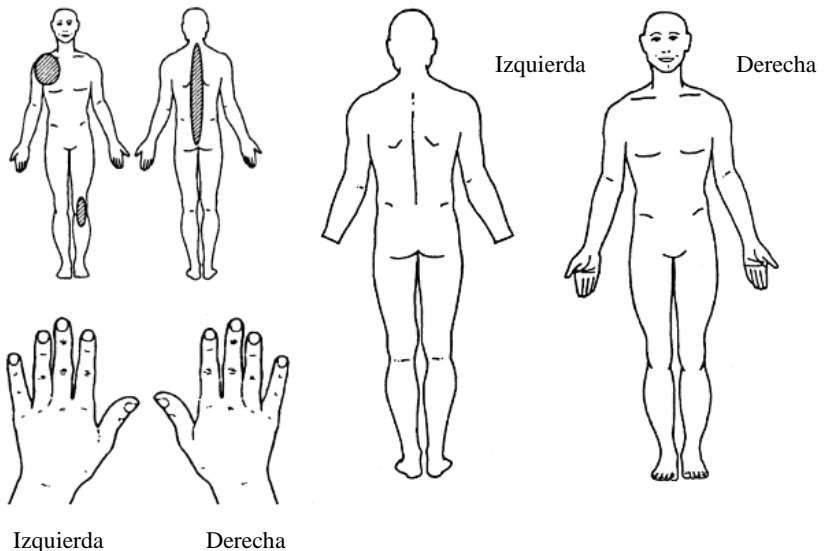
Nombre del médico que presta sus cuidados médicos primarios: _____

¿Tiene un cirujano ortopédico? Sí No Si la respuesta es sí, escriba el nombre: _____

Describa brevemente sus síntomas actuales:

En las **figuras de cuerpos y manos**, coloree los sitios donde ha tenido dolor **en la última semana**.

Ejemplo:



Fecha (aproximada) en la que comenzaron los síntomas:

Ejemplo

Diagnóstico:

Tratamiento anterior para este problema (incluyendo fisioterapia, cirugía e inyecciones; los medicamentos se indicarán más adelante)

Mencione los nombres de otros médicos que ha consultado por este problema:

Adaptado de CLINHAQ, Wolfe F y Pincus T. Current Comment – Listening to the patient – A practical guide to self report questionnaires in clinical care. Arthritis Rheum. 1999; 42 (9): 1797-808. Utilizado con autorización.

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del médico _____

HISTORIAL REUMATOLÓGICO (ARTRITIS)

¿En algún momento usted o un pariente consanguíneo tuvo alguna de las siguientes? (marque si la respuesta es "sí")

Usted		Nombre del pariente/ Relación	Usted		Nombre del pariente / Relación
	Artritis (tipo desconocido)			Lupus o Lupus eritematoso sistémico (LES)	
	Osteoartritis			Artritis reumatoide	
	Gota			Espondilitis anquilosante	
	Artritis infantil			Osteoporosis	
Otras condiciones de artritis:					

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

A medida que revisa la siguiente lista, marque los problemas que le hayan afectado de manera significativa.

Fecha de la última mamografía ____/____/____ Fecha del último examen de la vista ____/____/____

Fecha de la última radiografía de tórax ____/____/____

Fecha de la última prueba de tuberculosis ____/____/____ Fecha de la última densitometría ósea ____/____/____

Constitucional

Aumento de peso reciente (¿cuánto?):

Pérdida de peso reciente (¿cuánto?):

Fatiga

Debilidad

Fiebre

Ojos

Dolor

Enrojecimiento

Pérdida de visión

Vista borrosa o doble

Sequedad

Siente como si tuviera algo en el ojo

Picazón en los ojos

Oídos – Nariz – Boca – Garganta

Zumbido en los oídos

Pérdida de audición

Sangrado nasal

Pérdida del olfato

Sequedad nasal

Goteo nasal

Lengua ulcerada

Gastrointestinal

Náuseas

Vómitos de sangre o sedimentos del café

Dolor de estómago que se alivia con leche o alimentos

Ictericia

Estreñimiento más frecuentes

Diarrea persistente

Heces fecales con sangre

Heces fecales negras

Acidez estomacal

Genitourinario

Dificultad para orinar

Orina con dolor o ardor

Sangre en la orina

Orina turbia

Pus en la orina

Secreción del pene/vaginal

Se levanta en la noche para orinar

Sequedad vaginal

Sarpullido/úlceras

Dificultades sexuales

Problemas de próstata

Integumentario (de la piel y/o los senos)

Se hace moretones con facilidad

Enrojecimiento

Sarpullido

Urticaria

Sensibilidad al sol (alergia al sol)

Tensión muscular

Nódulos / bolitas

Caída del cabello

Cambios de color en las manos o pies en el frío

Sistema neurológico

Dolores de cabeza

Mareos

Desvanecimiento

Espasmo muscular

Pérdida del conocimiento

Sensibilidad o dolor en las manos y/o pies

Pérdida de la memoria

Sudoración nocturna

Psiquiátrico

Preocupaciones excesivas

Ansiedad

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del médico _____

- Sangrado de encías
- Llagas en la boca
- Pérdida del sentido del gusto
- Sequedad de la boca
- Dolor de garganta frecuente
- Ronquera
- Dificultad al tragar

Cardiovascular

- Dolor de pecho
- Ritmo cardíaco irregular
- Cambios repentinos en el ritmo cardíaco
- Presión arterial alta
- Soplos cardíacos

Respiratorio

- Falta de aire
- Dificultad para respirar en las noches
- Piernas o pies hinchados
- Tos
- Tos con sangre
- Resuello (asma)

HISTORIAL SOCIAL

¿Toma bebidas con cafeína?

¿Cuántos vasos/tazas al día?

¿Fuma? Sí No En el pasado: ¿Hace cuánto tiempo? _____

¿Toma alcohol? Sí No Cantidad por semana _____

¿Alguna vez alguien le dijo que tomara menos alcohol?

- Sí No

¿Usa drogas por motivos que no sean médicos? Sí No

De ser así, favor de indicarlas:

¿Hace ejercicio con regularidad? Sí No

Tipo

Cantidad de veces por semana

Solamente para mujeres:

Edad de su primera menstruación: _____

¿Menstruación regular? Sí No

¿Cuántos días entra una y otra? _____

Fecha de la última menstruación ___/___/___

Fecha del último papanicolau ___/___/___

¿Sangrado después de la menopausia? Sí No

Cantidad de embarazos _____

Cantidad de abortos espontáneos _____

Músculoesquelético

Rigidez en la mañana
¿Cuánto dura?
_____ minutos _____ horas

Dolor en las articulaciones

Debilidad muscular

Sensibilidad muscular

Hinchazón de articulaciones

Indique las articulaciones afectadas en los últimos 6 meses.

HISTORIA CLÍNICA PREVIA

¿Tiene en la actualidad o alguna vez tuvo alguna de las siguientes condiciones? (*marque si la respuesta es "sí"*)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Bocio | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Crisis nerviosa | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza severos | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Otras enfermedades significativas (indique) _____

Terapias alternativas o naturales (quiroprácticas, imanes, masajes, preparaciones sin receta, etc.)

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del médico _____

Operaciones anteriores

<i>Tipo</i>	<i>Año</i>	<i>Razón</i>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

¿Tuvo fracturas previas? No Sí Describir:

¿Otras lesiones graves? No Sí Describir:

HISTORIAL FAMILIAR

SI VIVEN			SI YA FALLECIERON	
	Edad	Salud	Edad al morir	Causa
Padre				
Madre				

Cuántos hermanos _____ Cuántos viven _____ Cuántos murieron _____
 Cuántos hijos _____ Cuántos viven _____ Cuántos murieron _____ Mencionar las edades de cada uno _____

Salud de los niños:

Sabe si usted tiene algún pariente consanguíneo que tiene o tuvo: (marque las correspondientes y mencione el parentesco)

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Tendencia al sangrado | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Bocio |
| <input type="checkbox"/> Colitis | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Psoriasis | |

MEDICAMENTOS

Alergias a fármacos: No Sí ¿A cuáles?

Tipo de reacción: _____

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del médico _____

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE (Indique los medicamentos que toma. Incluya las aspirinas, vitaminas, laxantes, calcio y otros suplementos, etc.)

Nombre del fármaco	Dosis (incluya concentración y cantidad de pastillas por día)	Cuánto hace que toma este medicamento	Marque: ¿Le ayudó?		
			Mucho	Algo	Nada
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS QUE TOMÓ ANTERIORMENTE. Revise la siguiente lista de medicamentos para la “artritis”. Con la mayor precisión posible, trate de recordar los medicamentos que tomó, *cuánto tiempo* tomó estos medicamentos, los *resultados* de haberlos tomado y escriba las *reacciones* que tuvo. Anote sus comentarios en los espacios indicados.

Nombre de los fármacos / Dosis	Período de tiempo	Marque: ¿Le ayudó?		
		Mucho	Algo	Nada
Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID, por sus siglas en inglés)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Encierre en un círculo los medicamentos que haya tomado en el pasado

Ansaid (flurbiprofeno) Arthrotec (diclofenac + misoprostol) Aspirina (incluyendo aspirina con capa entérica) Celebrex (celecoxib) Cliniril (salsalato)
 Daypro (oxaprozina) Disalcid (salsalato) Dolobid (diflunisal) Feldene (piroxicam) Indocin (indometacina) Lodine (etodolaco)
 Meclomen (meclofenamato) Motrin/Rufen (ibuprofeno) Nalfon (fenoprofeno) Naprosyn (naxopreno) Oruvail (ketoprofeno)
 Tolectin (tolmetina) Trilisate (trisalicilato de colina y magnesio) Vioxx (rofecoxib) Voltaren (diclofenac)

Analgésicos

Acetaminofeno (Tylenol)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína (Vicodin, Tylenol 3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propoxifeno (Darvon/ Darvocet)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fármacos antireumáticos modificadores de enfermedad (DMARD, por sus siglas en inglés)

Auranofina, pastillas de oro (Ridaura)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inyecciones de oro (Myochrysine o Solganol)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hidroxicloroquina (Plaquenil)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilamina (Cuprimine o Depen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metotrexato (Rheumatrex)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del médico _____

Azatioprina (Imuran)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sulfasalazina (Azulfidine)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quinacrina (Atabrine)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ciclofosfamida (Cytosan)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ciclosporina A (Sandimmune o Neoral)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etanercept (Enbrel)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infliximab (Remicade)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Columna ProSORBA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MEDICAMENTOS QUE TOMÓ ANTERIORMENTE Continuación

Medicamentos para osteoporosis					
Estrógeno (Premarin, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alendronato (Fosamax)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etidronato (Didronel)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Raloxifeno (Evista)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fluoruro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inyección de calcitonina o calcitonina nasal (Miacalcin, Calcimar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risedronato (Actonel)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicamentos para la gota					
Probenecid (Benemid)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colchicina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allopurinol (Zyloprim/Lopurin)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros					
Tamoxifeno (Nolvadex)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiludronato (Skelid)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cortisona / Prednisona		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inyecciones Hyalgan / Synvisc		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suplementos nutricionales o de hierbas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Favor de indicar los suplementos:					

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del médico _____

	Por lo general	A Veces	No
Quedarse dormido a causa del dolor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lograr descanso al dormir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bañarse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llevarse bien con los familiares.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En sus relaciones sexuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participar en actividades durante su tiempo libre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con la rigidez en las mañanas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa un bastón, muletas, andador o silla de ruedas? (Encierre en un círculo una opción).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuál es la actividad que le cuesta más trabajo hacer? _____			
¿Recibe pensión por discapacidad?.....	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Está solicitando pensión por discapacidad?.....	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene pendiente una demanda relacionada con un asunto médico?.....	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del médico _____