RHEUMATOLOGY ASSOCIATES of SOUTH TEXAS

Kevin J. Kempf, M.D Everett H. Allen, M.D. Thomas A. Rennie, M.D.
Gautam Moorjani, M.D. Emily T. Marx, M.D. Jane B. Ayala, M.D.
19272 Stone Oak Parkway Suite 101 San Antonio, TX 78258 (210) 265-8851 Fax: (210) 265-8855
3903 Wiseman, Ste 221, San Antonio, TX 78250 (210) 448-4344 Fax: (210) 448-4347

Estimado(a) Sr(a): _____,

Esperamos verlo en su cita programada. Gracias por elegir a "Rheumatology Associates of South Texas" para su cuidado reumatologico. Nuestro grupo cuenta con seis Reumatologos Certificados que se dedican a diagnosticar y tratar las enfermedades reumatologicas. Nos enorgullese contar con un equipo amable y cordial. Esperamos que sus visitas con nosotros sean placenteras.

Por favor tómese el tiempo de acceder el portal del paciente y confirme que su información se haya ingresado correctamente.

Stone Oak: el horario de atención es de Lunes a Jueves 7:30 a.m. a 4:30 p.m. y Viernes 7:30 a.m. a 1:00 p.m. El horario de cada médico puede variar ligeramente.
Westover Hills: el horario de atención es de Lunes a Jueves 7:00 a.m. a 4:00 p.m. y Viernes 7:30 a.m. a 1:00 p.m. El horario de cada médico puede variar ligeramente.

Incluido le enviamos unos formularios para su conveniencia. **Favor de llenarlos por completo** y traerlo el dia de su consulta inicial. Consideramos que su tiempo es valioso y de igual manera pedimos que llegue a tiempo a su cita. Si llega tarde, es muy posible que cambiemos su cita a otro dia. Le pedimos que **llegue 30 minutos antes** para procesar su informacion a nuestro sistema electronico. Su consulta inicial se tomara aproximadamente 45 minutos, mas la espera de laboratorio. Contamos con servicios de Quest laboratorio en nuestra clinica para su conveniencia siempre y cuando su seguro lo permita.

Por favor traiga su tarjeta de seguro actual y una identificación con foto con usted. Nuestra oficina requiere que traiga su tarjeta de seguro actual a cada visita.

Aceptamos la mayoria de los seguros medicos. Favor de verificar su seguro antes de su cita ya que recibiremos su pago correspondiente al final de su cita. Este pago incluira su porcion ademas de caulquier deducible que no se haya cubierto a la fecha. Si su plan require referencia medica de su doctor primario, es su responsabilidad pedir que lo envien o traerlo el dia de su cita. Si require referencia y no la tenemos, su cita sera cambiada.

Como cortesía a nuestro personal y otros pacientes, por favor notifique a nuestra oficina con al menos 24 horas de anticipación si tiene que reprogramar su cita. **Como paciente establecido, si cancela o reprograma su cita, se le cobrará una tarifa de $45.00. Si cancela el mismo día o no se presenta para una nueva cita, se le cobrará una tarifa de $100.00 y no podrá volver a programar hasta que se haya pagado**.

Esperamos con gusto su visita. Favor de visitar nuestra pagina del internet en www.ra-stx.com para mas informacion y mapas a nuestras oficinas.

Atentamente,

Rheumatology Associates of South Texas

RHEUMATOLOGY ASSOCIATES of SOUTH TEXAS

Kevin J. Kempf, M.D Everett H. Allen, M.D. Thomas A. Rennie, M.D.
Gautam Moorjani, M.D. Emily T. Marx, M.D. Jane B. Ayala, M.D.
19272 Stone Oak Parkway Suite 101 San Antonio, TX 78258 (210) 265-8851 Fax: (210) 265-8855
3903 Wiseman, Ste 221, San Antonio, TX 78251 (210) 448-4344 Fax: (210) 448-4347

(por favor imprimir)

el día de hoy:	PCP:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente Apellido:	Primero:	Medio:	❑ Señor. ❑ Señora.	❑ Perder ❑ Sra.	Estado civil (un circulo) Soltero / Casado / Divorciado / Apartado / Vdo

Esta es su nombre legal? ❑ sí ❑ No	Si no ser así, ¿cuál es su nombre legal?	Idioma preferido: Eng ___ Span____ Otro____	Fecha de nacimiento: / /	Años:	Sexo: ❑ M ❑ F

Dirección de correo electrónico:	Carrera:	Etnicidad:
Dirección:	Número de seguridad social:	Número de teléfono de casa: ( )
Ciudad: / Estado:	Código postal:	Teléfono móvil ( )
Empleador:	Número de teléfono del empleador: ( )	
Referido a la clínica por (Por favor marque una casilla):	❑ Dr.	❑ Plan de seguro ❑ Hospital

❑ Familia	❑ Amigo	❑ Cerca de la casa / trabajo	❑ Páginas Amarillas	❑ Otro

Otros miembros de la familia se ve aquí:	
Nombre de la farmacia:	Farmacia número de teléfono:

INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Por favor, dar su tarjeta de seguro a la recepcionista)

Persona responsable de la factura:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (es diferente):	Teléfono de la casa No.: ( )
¿Es esta persona un paciente aquí	❑ Sí ❑ No		
Ocupación: / Empleador:	Dirección del empleado:		Teléfono empleador no.: ( )
Este paciente está cubierto por el seguro?	❑ Sí ❑ No		

Por favor, indique seguro primario	❑ Medicare	❑ Humana HMO ❑ Humana PPO	❑ Aetna HMO ❑ POS ❑Aetna PPO	❑ Secure Horizons	❑ United Health Care

❑ PHCS	❑ Medicaid	❑ Cigna HMO ❑ POS ❑ Cigna PPO	❑ Texas True Choice	❑ Other

El nombre del suscriptor:	S. S. del suscriptor no.:	Fecha de nacimiento: / /	Grupo No.:	No política.:	Co-pago: $

Patient's relationship to subscriber:	❑ Yo	❑ Esposa	❑ Niño	❑ Otro

Nombre del seguro secundario (si es aplicable):	Nombre del suscriptor:	Grupo No.:	No política.:

Relación del paciente al suscriptor:	❑ Yo	❑ Esposa	❑ Niño	❑ Otro

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del amigo o pariente local (no viva en la misma dirección):	Relación con el paciente:	Teléfono de su casa no .: ( )	Teléfono del trabajo no .: ( )

La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a mis beneficios de seguro se pagará directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a [Nombre de la práctica] o compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamos.

Paciente / tutor firma *Fecha*

RHEUMATOLOGY ASSOCIATES of SOUTH TEXAS
Kevin J. Kempf, M.D Everett H. Allen, M.D. Thomas A. Rennie, M.D.
Gautam Moorjani, M.D. Emily T. Marx, M.D. Jane B. Ayala, M.D.
19272 Stone Oak Parkway Suite 101 San Antonio, TX 78258 (210) 265-8851 Fax: (210) 265-8855
3903 Wiseman, Ste 221, San Antonio, TX 78251 (210) 448-4344 Fax: (210) 448-4347

PÓLIZA FINANCIERA

Yo, _____, por la presente certifico que soy elegible para la cobertura del plan de salud con _____. (Su nombre seguro)

Entiendo que lo escrito arriba si no es cierto o si no soy elegible bajo los términos de mi seguro de salud médico, soy responsable por todos los cargos por los servicios proveídos.

ACEPTO TRAER MI TARJETA DE SEGURO MÉDICO ACTUAL A CADA CITA

Además, autorizo a los médicos que brindan servicios para que puedan divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examinación y tratamiento a mi seguro médico.

Asignación de Beneficios del Seguro

En consideración a los servicios proveídos, por la presente transfiero y asigno todos los derechos de pago que se me deben por servicios médicos o quirúrgicos bajo cualquier póliza de seguro.
Responsable Firma del paciente: _____ Fecha: _____

PÓLIZA FINANCIERA

Este es un acuerdo entre Rheumatology Associates of South Texas, PLLC., como acreedor, y el paciente/deudor mencionado en este formulario.
En este acuerdo, las palabras "usted", "su" y "suyo" significan que el paciente/deudor. La palabra "Cuenta" significa la cuenta que se ha establecido en su nombre al que se aplique una tarifa y los pagos se acreditan.
Las palabras "nosotros", "nos" y "nuestro" se refieren a Rheumatology Associates of South Texas, PLLC.

Al firmar este acuerdo, acepto pagar todos los servicios recibidos.

Saldo Mensual: Si tiene un saldo en su cuenta, le enviaremos un estado de cuenta mensual. Estas declaraciones representan el saldo adeudado después de recibir la explicación de los beneficios de su seguro con información de pago o denegación.
Pagos: Los copagos, el coaseguro o el pago por cuenta propia vencen en el momento en que se prestan los servicios. Para su conveniencia, aceptamos dinero en efectivo, cheques, tarjetas de crédito y giros postales. A menos que nuestro personal de facturación apruebe otros arreglos, el saldo de su estado de cuenta vence y será pagadero cuando se emita el estado de cuentas y está vencido si no se paga antes de fin de mes. Si no se realizaron pagos en el saldo de su cuenta dentro de los 90 días de la primera declaración, su cuenta puede ser entregada a una agencia de cobro. En ese momento, su atención con su médico y todos los médicos en esta práctica puede ser cancelada.
Los cheques devueltos: Hay una cuota (actualmente $ 45.00) por cualquier cheque devuelto por el banco.
Cuentas atrasadas: Si su cuenta está vencida, tomaremos las medidas necesarias para cobrar esta deuda. Si no podemos cobrar esta deuda, será despedido de nuestra práctica y podremos derivar su cuenta a una agencia de cobros, y su estado vencido podrá ser reportado a una agencia de crédito.
Renuncia a la confidencialidad: Usted comprende si esta cuenta se envía a un abogado o agencia de cobro, si tenemos que litigar en los tribunales, o si su pasado estado de vencimiento se informó a una agencia de informes de crédito, el hecho de su tratamiento en nuestra oficina puede convertirse un asunto de interés público.
Fecha de Efectividad: Una vez que haya firmado el presente acuerdo, usted acepta todos los términos y condiciones contenidos en este documento y el acuerdo estará en pleno vigor y efecto.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

RHEUMATOLOGY ASSOCIATES of SOUTH TEXAS

Kevin J. Kempf, M.D Everett H. Allen, M.D. Thomas A. Rennie, M.D.
Gautam Moorjani, M.D. Emily T. Marx, M.D. Jane B. Ayala, M.D.
19272 Stone Oak Parkway Suite 101 San Antonio, TX 78258 (210) 265-8851 Fax: (210) 265-8855
3903 Wiseman, Ste 221, San Antonio, TX 78251 (210) 448-4344 Fax: (210) 448-4347

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, _____ (Nombre), autorizo Rheumatology Associates of South Texas la distribución de toda/cualquier información con respecto a mi atención médica o tratamiento, incluidos los laboratorios, las imágenes/radiografias, la cita y la información de facturación a la siguiente persona

Nombre:	Relación con el paciente:
_____	_____
_____	_____

Por favor enumere los datos de sus doctores adicionales
(Ej., El cardiólogo __, número de teléfono)

Especialidad:	Nombre del médico:	Número de teléfono:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Yo, _____ (Nombre), autorizo Rheumatology Associates of South Texas que me pueda contactar con cualquier información con respecto a mi atención médica o tratamiento, incluidos los laboratorios, las imágenes/radiografias, la cita y la información de facturación a la siguiente persona

☐ Telefono ☐ Dejar Mensaje

la comunicación por correo electrónico y/o texto, entiendo que si la información no se envía de forma cifrada, existe el riesgo de que se pueda acceder de forma inapropiada. Todavía elijo recibir correo electrónico y/o comunicación de texto seleccionado.

☐ Texto ☐ correo electrónico: _____

DERECHOS DEL PACIENTE:

- **Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.**
- **Puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida que se divulgará tal como se describe en este documento.**
- **La revocación no es eficaz en los casos en que la información ya ha sido revelada, sino que será efectiva en el futuro.**
- **Información utilizada o revelada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no puede ser protegida por la ley federal o estatal.**
- **Tengo derecho a negarse a firmar esta autorización y que mi tratamiento no va a estar condicionado a la firma.**
- **Entiendo que la información divulgada puede incluir un diagnóstico de enfermedades transmisibles como el VIH.**

_____	_____	_____
Firma del paciente	Fecha de nacimiento	Fecha

Updated 09/16

AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY

EDUCACIÓN • TRATAMIENTO • INVESTIGACIÓN

Historia Clínica del Paciente

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

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL 2ndo 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 (encierre 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:
_____
_____
_____
_____
_____

Fecha (aproximada) en la que comenzaron los síntomas:
Ejemplo

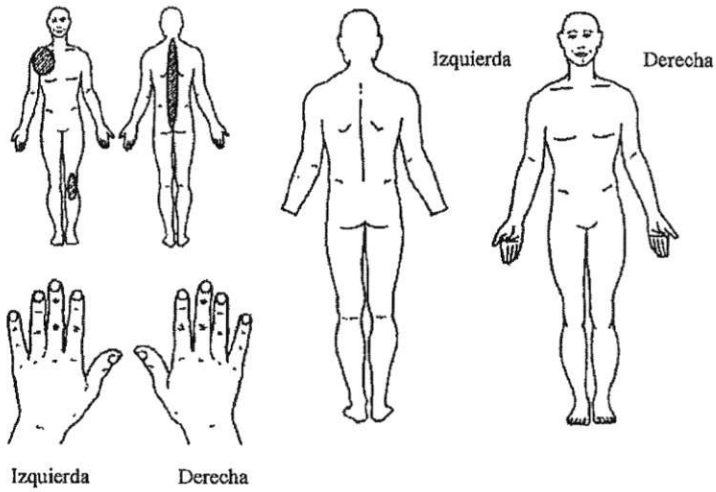
Diagnóstico:
_____

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:
_____
_____
_____
_____

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

Ejemplo:



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 _____

Patient History Form © 1999 American College of Rheumatology

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 _____

Patient History Form © 1999 American College of Rheumatology

❑ 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)

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.

_____
_____
_____
_____

❑ Se enoja fácilmente

❑ Depresión

❑ Agitación

❑ Dificultad para dormir

❑ Dificultad para quedarse dormido

Endocrino

❑ Sed excesiva

Hematológico / Linfático

❑ Ganglios inflamados

❑ Dolor de ganglios

❑ Anemia

❑ Tendencia al sangrado

❑ Transfusión/cuándo _____

Alergias / Inmunológico

❑ Estornudos frecuentes

❑ Más susceptibilidad a las infecciones

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

_____

HISTORIA CLÍNICA PREVIA

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

❑ Cáncer	❑ Problemas cardíacos	❑ Asma
❑ Bocio	❑ Leucemia	❑ Accidente cerebrovascular
❑ Cataratas	❑ Diabetes	❑ Epilepsia
❑ Crisis nerviosa	❑ Úlceras estomacales	❑ Fiebre reumática
❑ Dolores de cabeza severos	❑ Ictericia	❑ Colitis
❑ Enfermedad renal	❑ Neumonía	❑ Psoriasis
❑ Anemia	❑ VIH/SIDA	❑ Presión arterial alta
❑ Enfisema	❑ Glaucoma	❑ Tuberculosis

Otras enfermedades significativas (indique) _____

_____

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

_____
_____
_____

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del médico _____

Patient History Form © 1999 American College of Rheumatology

Operaciones anteriores

Tipo	*Año*	*Razón*
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)

❑ Cáncer	❑ Enfermedad cardíaca	❑ Fiebre reumática	❑ Tuberculosis
❑ Leucemia	❑ Presión arterial alta	❑ Epilepsia	❑ Diabetes
❑ Accidente cerebrovascular	❑ Tendencia al sangrado	❑ Asma	❑ Bocio
❑ Colitis	❑ Alcoholismo	❑ Psoriasis	

MEDICAMENTOS

Alergias a fármacos: ❑ No ❑ Sí ¿A cuáles?

_____

_____

Tipo de reacción: _____

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del médico _____

Patient History Form © 1999 American College of Rheumatology

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.			❑	❑	❑
2.			❑	❑	❑
3.			❑	❑	❑
4.			❑	❑	❑
5.			❑	❑	❑
6.			❑	❑	❑
7.			❑	❑	❑
8.			❑	❑	❑
9.			❑	❑	❑
10.			❑	❑	❑

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)		❑	❑	❑

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) Clinoril (s

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)		❑	❑	❑	
Codeína (Vicodin, Tylenol 3)		❑	❑	❑	
Propoxifeno (Darvon/ Darvocet)		❑	❑	❑	
Otro:		❑	❑	❑	
Otro:		❑	❑	❑	
Fármacos antireumáticos modificadores de enfermedad (DMARD, por sus siglas en inglés)					
Auranofina, pastillas de oro (Ridaura)		❑	❑	❑	
Inyecciones de oro (Myochrysine o Solganol)		❑	❑	❑	
Hidroxicloroquina (Plaquenil)		❑	❑	❑	
Penicilamina (Cuprimine o Depen)		❑	❑	❑	
Metotrexato (Rheumatrex)		❑	❑	❑	

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del médico _____

Patient History Form © 1999 American College of Rheumatology

Azatioprina (Imuran)		❑	❑	❑	
Sulfasalazina (Azulfidine)		❑	❑	❑	
Quinacrina (Atabrine)		❑	❑	❑	
Ciclofosfamida (Cytoxan)		❑	❑	❑	
Ciclosporina A (Sandimmune o Neoral)		❑	❑	❑	
Etanercept (Enbrel)		❑	❑	❑	
Infliximab (Remicade)		❑	❑	❑	
Columna Prosorba		❑	❑	❑	
Otro:		❑	❑	❑	
Otro:		❑	❑	❑	

MEDICAMENTOS QUE TOMÓ ANTERIORMENTE Continuación

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

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del médico _____

Patient History Form © 1999 American College of Rheumatology

¿Ha participado en algún estudio/ensayo clínico para medicamentos nuevos? ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta es sí, favor de indicar:

_____
_____
_____
_____
_____

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

¿Tiene escaleras que subir? ❑ Sí ❑ No Si la respuesta es sí, ¿cuántas? _____

¿Cuántas personas viven en el hogar? _____ Parentesco y edad de cada integrante _____

_____

¿Quién hace la mayor parte de las tareas domésticas? _____ ¿Quién hace la mayor parte de las compras? _____

¿Quién hace la mayor parte del trabajo de jardinería? _____

En la escala que se muestra a continuación, encierre en un círculo el número que mejor describe su situación: *La mayoría de las veces al realizar actividades me siento...*

1	2	3	4	5
MUY MAL	MAL	REGULAR	BIEN	MUY BIEN

Debido a sus problemas de salud, ¿tiene dificultades para realizar las siguientes actividades?
(Marque la respuesta correcta para cada pregunta.)

	Por lo general	A Veces	No
Usar las manos para agarrar objetos pequeños (botones, cepillo de dientes, lápiz, etc.).....	❑	❑	❑
Caminar.....	❑	❑	❑
Subir escaleras.....	❑	❑	❑
Bajar escaleras.....	❑	❑	❑
Sentarse.....	❑	❑	❑
Levantarse de la silla.....	❑	❑	❑
Tocarse el pie mientras está sentado.....	❑	❑	❑
Estirarse para tocarse atrás de la espalda.....	❑	❑	❑
Estirarse para tocarse atrás de la cabeza.....	❑	❑	❑
Vestirse.....	❑	❑	❑
Irse a dormir.....	❑	❑	❑

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del médico _____

Patient History Form © 1999 American College of Rheumatology

	Por lo general	A Veces	No
Quedarse dormido a causa del dolor.....	❑	❑	❑
Lograr descanso al dormir.....	❑	❑	❑
Bañarse.....	❑	❑	❑
Comer.....	❑	❑	❑
Trabajar.....	❑	❑	❑
Llevarse bien con los familiares.....	❑	❑	❑
En sus relaciones sexuales.....	❑	❑	❑
Participar en actividades durante su tiempo libre.....	❑	❑	❑
Con la rigidez en las mañanas.....	❑	❑	❑
¿Usa un bastón, muletas, andador o silla de ruedas? (Encierre en un círculo una opción).....	❑	❑	❑

¿Cuál es la actividad que le cuesta más trabajo hacer? _____

¿Recibe pensión por discapacidad?.....	Sí ❑	No ❑
¿Está solicitando pensión por discapacidad?.....	Sí ❑	No ❑
¿Tiene pendiente una demanda relacionada con un asunto médico?.....	Sí ❑	No ❑

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Iniciales del médico _____

Patient History Form © 1999 American College of Rheumatology

Actividades de la vida diaria

****

¿Está actualmente o estuvo recientemente en un centro de enfermería especializada o en un hospicio? Si es así, por favor proporcione información a la instalación a continuación.

☐ **No** ☐ **Yes**

****

Centro de enfermería especializada / información de hospicio:

Fecha de inicio: _____ Fecha de partida: _____

Nombre de la Institución: _____

Dirección: _____

Teléfono #_____

Nombre del trabajador de caso: _____

1. Por favor, compruebe (✓) La mejor respuesta de UNA para tus habilidades en este momento:

A LO LARGO DE LA SEMANA PASADA , pudiste hacer:	Sin **ALGUNA** dificultad	Con **ALGUNA** dificultad	Con **MUCHA** dificultad	**INCAPAZ** que hacer
¿Vestirse, incluso atarse cordones y/o abrochar botones?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Entrar y salir de la cama?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿Levantar una taza llena o vaso a la boca?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿Caminar al aire libre en terreno plano?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿Lavar y secar todo su cuerpo?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿Agacharse para recoger ropa del piso?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿Abrir y cerrar las manijas de agua?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿Entrar y salir de un auto, autobús, tren o avión?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Caminar dos millas?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿Participar en deportes de la forma que le gustaría?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿Puede dormir comfortable?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿Controlar sentimientos de ansiedad o estado nervioso?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
¿Controlar los sentimientos de depresión o sentirse triste?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

2. ¿Cuánto dolor ha tenido a causa de su condición **EN LA SEMANA PASADA**? Por favor indique abajo que tan severo ha sido tu dolor:

NO DOLOR ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ **DOLOR TAN MALO COMO PODRÍA SER**

0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

3. Teniendo en cuenta todas las formas en que la enfermedad y las condiciones de salud pueden afectarle en este momento, por favor indique a continuación cómo está:

MUY BIEN ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ **MUY MAL**

0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

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 (3) ☐

RAPID ☐

(0-30)

Category

HS=>12

MS=6.1-12

LS= 3.1-6

R= ≤3