DYNAMIC ARTHRITIS CARE CLINIC Historia del Paciente

Datos Biográficos

Nombre: _____Fecha de Nacimiento: ___/___/____
Apellido(s) Primero Segundo

Edad: _____ Sexo: ☐F ☐M

Estado Civil: ☐ Soltero/a, ☐ Casado/a, ☐ Divorciado/a, ☐ Separado/a, ☐ Viudo/a de_____

Nombre de Esposo/a: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección de Trabajo: _____

Principal razón de su visita:

☐ Dolor articular ☐ Dolor muscular ☐ Dolor de Espalda ☐ Debilidad muscular
☐ ¿Laboratorio anormal, cuál?: _____ ☐ Salud ósea (osteoporosis)
☐ Dolor de cabeza ☐ Erupción de la piel ☐ Inflamación de ojos (diagnosticado por oftalmólogo)
☐ Otros: _____

Historia reumatológica (de artritis):
En cualquier momento usted o un familiar directo ha tenido: (*marque si es positivo*)

Usted	Familiar/ Relación		Usted	Familiar/ Relación	
☐	☐	Artritis (cualquiera)	☐	☐	Lupus
☐	☐	Artritis reumatoidea	☐	☐	Espondilitis anquilosante
☐	☐	Artritis psoriásica	☐	☐	Osteoporosis
☐	☐	Osteoartritis (“artritis de la edad”)	☐	☐	Polimiositis/ Dermatomiositis
☐	☐	Artritis en la niñez	☐	☐	Síndrome de Sjogren
☐	☐	Gota	☐	☐	Uveítis (inflamación de ojos)

Otros tipos de artritis: _____

Historia Social:

Tabaquismo: ☐ Nunca ha fumado ☐ Ex fumador, ¿cuándo lo dejo? _____
☐ ¿Fumador, cuantos cigarrillos diarios? _____
¿Bebe alcohol con frecuencia? ☐ No, ☐ Si, ¿Qué tan seguido? _____
¿Usa drogas ilícitas? ☐ No, ☐ Si, ¿Cuáles? _____

Historia Medica General:
¿Usted tiene o ha tenido?: (*marque lo positivo*)

- ☐ Enfermedad tiroidea (hipotiroidismo)
- ☐ Diabetes mellitus (azúcar en la sangre)
- ☐ Presión sanguínea alta
- ☐ Enfisema/ EPOC
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Dolor de cabeza/ Migrañas
- ☐ Anemia
- ☐ Depresión
- ☐ Insuficiencia Cardiaca
- ☐ Enfermedad de Arterias Coronarias (ataque cardiaco, angina)
- ☐ HIV/ SIDA
- ☐ Ulceras estomacales
- ☐ Glaucoma
- ☐ Hepatitis ☐ B ☐ C
- ☐ Colitis ulcerativa
- ☐ Ansiedad
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Cáncer ¿Donde? _____
- ☐ Convulsiones/ epilepsia
- ☐ Psoriasis
- ☐ Apoplejía/ parálisis
- ☐ Alergias nasales
- ☐ Enfermedad de Crohn
- ☐ Insuficiencia Renal crónica

Otras condiciones importantes: _____
_____

Cirugías (operaciones) previas:

Año	**Tipo**	**Razón**

Historia Familiar:
¿Conoce si algún familiar directo ha tenido?

- ☐ Cáncer _____
- ☐ Tuberculosis _____
- ☐ Presión alta _____
- ☐ Enfermedad de Corazón _____
- ☐ Leucemia _____
- ☐ Apoplejía _____
- ☐ Diabetes, Azúcar alta _____
- ☐ Tendencia a sangrado _____
- ☐ Psoriasis _____
- ☐ Colitis _____
- ☐ Colesterol alto _____
- ☐ Bocio (tiroides grande) _____

Otras enfermedades de importancia en la familia: _____
_____

Medicinas
Alergia a medicina: ☐ No, ☐ Si, Si la respuesta es si por favor enumere:

Nombre de la medicina	Reacción

Medicinas que toma actualmente:

Nombre	Dosis, potencia y frecuencia	Razón

¿Alguna vez ha usado? *(Encierre en un círculo)*

Antiinflamatorios no esteroides (AINEs)

Flurbiprofeno	Diclofenaco	Aspirina	Celecoxib	Sulindaco
Oxaprozin	Salsalate	Diflunisal	Piroxicano	Indometacina
Etodolaco	Meclofenamato	Tolmetin	Fenoprofeno	Naproxeno
Ibuprofeno				

Medicinas anti artritis (DMARDS)

Hidroxicloroquina	Metotrexate	Sulfasalazina	Leflunomida	Azatioprina
Ciclosporina	Ciclofosfamida			

Biologicos

Enbrel	Humira	Simponi	Cimzia	Remicade
Actemra	Orencia	Rituxan	Benlysta	Cosentyx
Stelara				

Otras medicinas anti-reumáticas

Xeljanz	Otezla

Medicina para Gota

Colchicina	Alopurinol	Uloric	Probenecid	Zurampic
Krystexxa				

Medicinas para osteoporosis

Alendronato	Atelvia/ Actonel	Boniva	Evista (Raloxifeno)	Hormonas estrógenos
Calcitonina	Reclast			

Esteroides

prednisona	Metilprednisolona