

## NUEVO FORMULARIO DE INGRESO DEL PACIENTE

### Demografía:

Fecha de la cita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Cuidad Estado Código postal

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Mejor número de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación (si está jubilado, ocupación anterior): \_\_\_\_\_

Estado Civil (circule): Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Origen (circule): Caucásico (blanco) Hispano Afroamericano(a) asiático(a) Otro: \_\_\_\_\_

Médico Primario: \_\_\_\_\_

Razones o preocupaciones que llevan al referido para Rheumatología \_\_\_\_\_

### Social History:

¿Fumas actualmente? \_\_\_\_\_ Has fumado anteriormente? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuántos años has fumado? \_\_\_\_\_ Cuantos paquetes al día? \_\_\_\_\_

¿Inhieres bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿Cuántas veces a la semana? \_\_\_\_\_

¿Usas alguna droga recreativa (que no te haya sido prescrita)?: \_\_\_\_\_

Si es así, por favor escriba el nombre: \_\_\_\_\_

¿Haces ejercicio regularmente? \_\_\_\_\_ si es así, ¿qué tipo de ejercicio? \_\_\_\_\_

**Alergias a medicamentos:** Por favor, enumere cualquier alergia a medicamentos y el tipo de reacción a ese medicamento.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Historia Médica:** Por favor, circule si le han diagnosticado con alguno de los siguientes:

Diabetes    Psoriasis    Artritis reumatoide    Lupus    Accidente cerebrovascular    Enfermedad renal

Colitis ulcerosa    Enfermedad de Crohn    Enfisema Pulmonar    Asma    Enfermedad del corazón

Presión alta    Hepatitis    Tuberculosis    Enfermedad de obstrucción pulmonar crónica (COPD)

Hiperlipidemia    Diverticulitis    Otra: \_\_\_\_\_

¿Alguna otra enfermedad autoinmune? \_\_\_\_\_

¿Cáncer previo? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿Qué año? \_\_\_\_\_

¿Si tuvo cáncer previo, describa el tratamiento? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido fractura anterior? \_\_\_\_\_ Si es así, describe (incluye tratamiento): \_\_\_\_\_

**Historial Familiar:** ¿Algún familiar de sangre tiene antecedentes de lo siguiente:  
(Por favor, indique la relación con usted si es así)

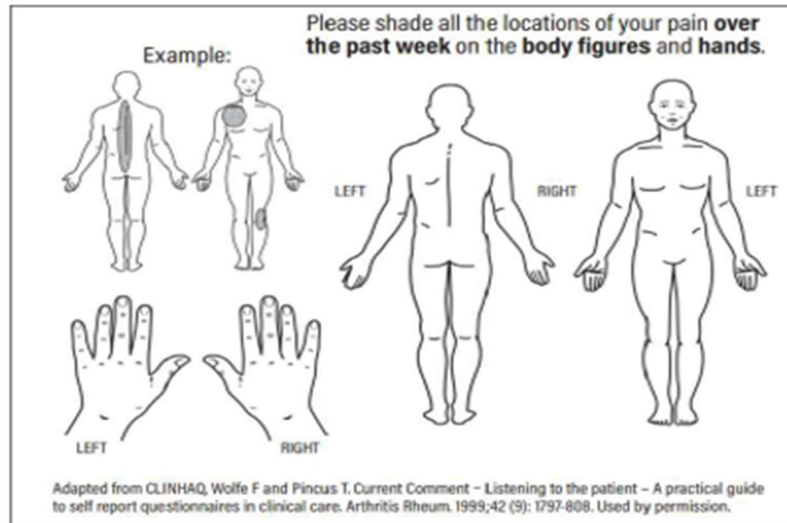
Psoriasis? \_\_\_\_\_ Lupus (SLE)? \_\_\_\_\_

Artritis reumatoide? \_\_\_\_\_ Espondilitis Anquilosante? \_\_\_\_\_

Gota? \_\_\_\_\_ Osteoporosis? \_\_\_\_\_

¿Hay algún otro historial familiar del que deberíamos estar al tanto? \_\_\_\_\_

*If applicable, please indicate areas of pain on the diagram below:*



**Revisión de Sistemas:** Por favor, revise la siguiente lista. Circule cualquier síntoma que esté experimentando.

**Constitucional:** Pérdida de peso Aumento de peso Fatiga Fiebre Sudores nocturnos

**Ojos:** Dolor Enrojecimiento Sequedad

**Oído-Nariz-Garganta:** Sangrado nasal Llagas en la boca Sequedad bucal Dificultad para tragar

**Respiratorio:** Dificultad para respirar Tos

**Gastrointestinal:** Náuseas Vómitos Diarrea persistente Acidez estomacal

**Genitourinaria:** Sangre en la orina

**Musculoesquelética:** Rigidez matutina (¿cuánto tiempo? \_\_\_\_mins \_\_\_\_hrs) Dolor articular  
Hinchazón articular Debilidad muscular Sensibilidad muscular

**Piel:** Moretones fáciles Erupción Sensibilidad al sol Pérdida de cabello Cambio de color en manos/pies

**Sistema neurológico:** Dolor de cabeza

**Hematológico/Linfático:** Glandulas inflamadas Anemia

**SOLO MUJERES:** ¿Número de embarazos? \_\_\_\_\_ ¿Número de abortos? \_\_\_\_\_

**Pruebas de VIH:** La CDC recomienda las pruebas de VIH para todos los pacientes al menos una vez en su vida.

Como parte de una iniciativa de salud pública, Central Florida Rheumatology Consultants se ha asociado con Central Florida Health Care Services (CFHCS) para proporcionar pruebas de VIH a todos los pacientes sin costo alguno. CFHCS es una organización sin fines de lucro que está trabajando con el Departamento de Salud de Florida para proporcionar servicios de detección a todos los pacientes que deseen someterse a pruebas o recibir asesoramiento sobre el riesgo y la prevención del VIH. Si está interesado en estos servicios, por favor responda las preguntas a continuación.

Sus respuestas a estas preguntas, como toda la información de salud protegida (PHI), son confidenciales. Si responde "sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, CFHCS le proporcionará recursos gratuitos para pruebas, asesoramiento y servicios de prevención, incluyendo pruebas de VIH gratuitas.

Opción:  Rechazar responder todo

1. Have you previously been tested for HIV?  Si  No
2. ¿Está en riesgo de contraer VIH o hepatitis a través de exposiciones sanguíneas o actividades sexuales?  Si  No  Negarse a responder
3. ¿Le gustaría recibir pruebas gratuitas de VIH?  Si  No  Negarse a responder
4. ¿Le gustaría recibir asesoramiento y terapia preventiva para el VIH sin costo alguno?  Si  No  Negarse a responder

### MEDICAMENTOS ANTERIORES DE REUMATOLOGÍA

Por favor, revise esta lista de medicamentos de Reumatología. Anote con la mayor precisión posible los medicamentos que ha tomado, cuánto tiempo estuvo en el medicamento, los resultados de tomar el medicamento y enumere cualquier reacción que pueda haber tenido. **Si no ha sido diagnosticado anteriormente con un trastorno autoinmune, osteoporosis o gota, puede omitir este formulario.**

#### Tratamiento para Enfermedades Autoinmunes: (OMITIR SI NO APLICA)

Nombre del medicamento:	IV, inyección, oral	¿Ayudó la medicación? (sí/no)	¿Por qué la detuviste?	Reacciones, si alguna
Cimzia (certolizumab Pegol)				
Simponi (golimumab)				
Plaquenil (hydroxychloroquine)				
Methotrexate				
Imuran (azathioprine)				
Sulfasalazine				

Cytosan (cyclophosphamide)				
Enbrel (etanercept)				
Remicade (infliximab)				
Actemra (tocilizumab)				
Taltz (ixekizumab)				
Cosentyx (secukinumab)				
Otezla (apremilast)				
CellCept (mycophenolate)				
Arava (leflunomide)				
Humira (adalimumab)				
Xeljanz (tofacitinib)				
Rituxan (rituximab)				
Orencia (abatacept)				
Rinvoq (upadacitinib)				
Olumiant (baricitinib)				
Kevzara (sarilumab)				
Saphnelo (anifrolumab-fnia)				
Benlysta (belimumab)				
Tremfya (guselkumab)				
Skyrizi (risankizumab-rzaa)				
Bimzelx (bimekizumab-bkzx)				

### Tratamiento para la Osteoporosis: (SALTAR SI NO APLICA)

Nombre del medicamento:	IV, inyección, oral	¿Por qué la detuviste?	Reacciones, si alguna
Estrogen			
Fosamax (alendronate)			
Evista (raloxifene)			
Calcitonin			
Actonel (risedronate)			
Prolia (denosumab)			
Forteo (teriparatide)			
Evenity (romosozumab-aqqg)			
Tymlos (abaloparatide)			

### Tratamiento para la Gota: (SALTAR SI NO APLICA)

Nombre del medicamento:	¿Ayudó la medicación? (sí/no)	¿Por qué la detuviste?	Reacciones, si alguna
Benemid (probenecid)			
Colcrys (Colchicine)			
Allopurinol			
Uloric (Febuxostat)			
Krystexxa (pegloticase)			