

FAVOR DE LLENAR ESTAS FORMAS ANTES DE SU PRÓXIMA CITA.

ANTECEDENTES DEL PACIENTE: REVISIÓN DE LOS SISTEMAS Y APARATOS

De la lista de abajo, favor de marcar (cuadros) cualquier problema que haya afectado a su hijo considerablemente.

Persona que llena la forma Paciente Madre Padre Tutor legal Otro _____

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Fecha del último examen de los ojos _____

General

- Aumento reciente de peso ____ (cantidad)
- Pérdida reciente de peso _____ (cantidad)
- Fatiga
- Debilidad
- Fiebre

Ojos

- Dolor
- Enrojecimiento
- Pérdida de la visión
- Visión doble o borrosa
- Sequedad
- Siente que tiene algo en el ojo
- Comezón en los ojos

Nariz-Oídos-Garganta-Boca

- Zumbido en los oídos
- Pérdida de la audición
- Hemorragia nasal
- Pérdida del olor
- Sequedad en la nariz
- Flujo nasal
- Dolor de lengua
- Sangre en las encías
- Úlceras en al boca
- Pérdida del sentido del gusto
- Sequedad de boca
- Frecuente dolor de garganta
- Ronquera
- Dificultad para deglutir

Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Latidos irregulares del corazón
- Alta presión arterial
- Soplos en el corazón

Respiratorio

- Respiración difícil
- Dificultad para respirar en las noches
- Piernas o pies hinchados
- Tos
- Tos con sangre
- Sibilancias (asma)

Gastrointestinal

- Náusea
- Vómito de sangre o sustancia de tipo sedimento de café
- Dolor de estómago que se alivia con comida o leche
- Ictericia (piel, ojos amarillentos)
- Estreñimiento en aumento
- Diarrea persistente
- Sangre en el excremento
- Excremento negro
- Acidez (agururas)

Genitourinario

- Dolor o ardor al orinar
- Sangre en la orina
- Orina turbia
- Pus en la orina
- Secreción del pene/vagina
- Sarpullido/úlceras genitales

Para mujeres únicamente:

- Edad a la que inició menstruación: _____
- ¿Menstruaciones regulares? Sí No
- ¿Días entre una y otra? _____
- ¿Fecha de la última? ____ / ____ / ____

Dermatológico (piel)

- Se forman moretones fácilmente
- Enrojecimiento
- Sarpullido
- Sensibilidad al sol o se quema con el sol fácilmente o le sale sarpullido después de estar en el sol Sensibilidad al sol (alergia al sol)
- Tensión
- Nódulos/hinchazones
- Pérdida de cabello
- Cambio de color de las manos o pies en el frío

Sistema neurológico

- Dolores de cabeza
- Mareos
- Desmayos
- Espasmos musculares
- Pérdida de conocimiento
- Entumecimiento u hormigueo en manos o pies
- Pérdida de memoria
- Sudoración nocturna

Psiquiátrico

- Preocupaciones en exceso
- Ansiedad
- Se pone de mal humor fácilmente
- Depresión
- Dificultad para quedarse dormido
- Dificultad para permanecer dormido

Endocrino

- Sed en exceso
- Orina en exceso

Hematológico/Linfático

- Glándulas inflamadas
- Glándulas sensibles al tacto
- Anemia

Tendencia a sangrar

Transfusión/¿cuándo? _____

Alérgico/Inmunológico

- Estornudo frecuente
- Urticaria
- Eccema

Musculoesquelético

- Rigidez en las mañanas, ¿Cuánto dura? ____ Minutos ____ Horas
 - Debilidad muscular
 - Músculos sensibles al tacto
 - Dolor de la espalda baja
 - Color rojo en la articulación
 - Chasquido de la articulación temporomandibular
 - Rechinar los dientes en la noche
 - Dolor en las articulaciones
 - Inflamación en las articulaciones
- Haga una lista de las articulaciones afectadas en los últimos 6 meses.
- _____
- _____
- _____

Office Use Only

DOS _____

Physician Initials _____

*Specially for Children-Pediatric Rheumatology
RUY CARRASCO, MD

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ Edad: _____

¿Qué ha sucedido desde la última vez que estuviste aquí?

Desde la última consulta...	Sí	No	Si la respuesta es sí, favor de especificar
¿Has cambiado de médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médico nuevo: _____
¿Has tenido alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Has visto a otros médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Te han hecho rayos X, exámenes de laboratorio u otros procedimientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha habido algún cambio en los antecedentes médicos de tu familia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Ha habido algún cambio en tus antecedentes sociales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Has tenido alergias nuevas o reacciones a medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Iniciaste, cambiaste o dejaste de tomar algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Alergias a medicamentos: No Sí ¿A cuáles? _____

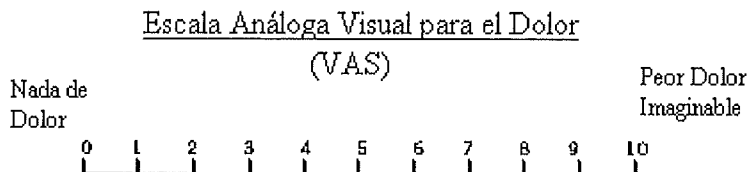
Tipo de reacción: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES (Haga una lista de los medicamentos que está tomando. Incluya los productos como aspirina, vitaminas, laxantes, calcio y otros suplementos, etc.)

Nombre del medicamento	Dosis (incluya concentración y cantidad de pastillas al día)	¿Cuánto tiempo has tomado este medicamento?	Favor de marcar: ¿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"/>

Tratamientos naturales o alternativos (quiropático, imanes, acupuntura, masaje, medicamentos sin receta médica, etc.)

Por favor, díganos si a su hijo(a) le ha afectado el dolor debido a su enfermedad. Marque en la línea de abajo indicando cuánto dolor le causó la enfermedad DURANTE LA SEMANA PASADA.



Office Use Only

Physician Initials _____