



RHEUMATOLOGY NEW PATIENT FORM

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Medico Primario: _____ Medico que lo (a) refirio: _____

Historial Cirugias

Cirugias	Año	Medico	Hospital

Medicamentos

Enliste los medicamentos que esta tomando si usted es nuevo para la clinicas de The Austin Diagnostic Clinic:

Nombre del medicamento	Dosis	Cuan frecuente

Alergias

Por favor indicar sus alergias. Enlistes las alergias a medicamentos y el tipo de alergia que ha tenido:

Historial Familiar

Por favor enliste los problemas medicos de los siguientes familiares:

Padre: _____

Madre: _____

Hermanos: _____

Historial Social

Occupacion: _____

Estado Marital: Soletero Casado Divorciado Viudo

Tieno hijo(as): Si No Cuantos? _____

Usted fuma algun tipo de tabaco? Si No Si fuma, cuantos por dia y por cuanto tiempo? _____

Usted ha fumado en el pasado? Si No Si ha fumado, cuantos por dia y cuando dejo de fumar? _____

Usted utilice alguna droga ilicita? Si No

Usted consume bebidas alcoholicas? Si No Si consume, cuan frecuente? _____

Usted ha tiendo alguna vez transfucion de sangre? Si No Si hada tenido, en que ano la tuvo? _____

Usted hace ejercicio? Si No Si hace ejercicio, que tipo de ejercicio? _____

Cuantas veces en semana? _____

Por favor marque se tiene algunos de los siguientes sintomas:

<input type="checkbox"/>	Fiebre, escalofrios	<input type="checkbox"/>	Incontiniencia urinaria
<input type="checkbox"/>	Problemas de la vista o los ojos	<input type="checkbox"/>	depresion
<input type="checkbox"/>	Ilagas en la boca o en la nariz	<input type="checkbox"/>	Peridida de peso sin intencion
<input type="checkbox"/>	Landilas inflamadas	<input type="checkbox"/>	Resequedad de los ojos
<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	Resequedad de la boca
<input type="checkbox"/>	Hinchazon de las piernas	<input type="checkbox"/>	Historial de coagulos
<input type="checkbox"/>	Hisorial de fluido en los pulmoneso corazon	<input type="checkbox"/>	tos
<input type="checkbox"/>	Nausea o vomitos	<input type="checkbox"/>	Falta de respiracion
<input type="checkbox"/>	estrenimiento	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina
<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar
<input type="checkbox"/>	Historical de aborto espontaneo	<input type="checkbox"/>	Ronchas (Si ocurren, es peor bajo el sol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No)
<input type="checkbox"/>	Historial de piedras en el rinon	<input type="checkbox"/>	Debilidad muscular
<input type="checkbox"/>	Peridada de pelo	<input type="checkbox"/>	Historical de convulsiones
<input type="checkbox"/>	Sus dedos cambian de color si se exponent al frio	<input type="checkbox"/>	ansiedad
<input type="checkbox"/>	Entumecimiento o hormigueo de las extremidas	<input type="checkbox"/>	Problemas para tragar

Fecha

Firma