

**ARTHRITIS & OSTEOPOROSIS ASSOCIATES OF NEW MEXICO**

**Art Snyder, M.D., / Gregory Maroney, PA-C**

**Reumatologia**

**1255 Hillrise Cr., Las Cruces, NM. 88011**

**Phone (505) 532-5934 \* Fax (505) 522-9047**

**\* www.arthritisnm.com \***

Usted tiene una cita el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_.

Asegurese de apuntarse cuando llegue el dia de su cita. Asi haremos lo mejor posible en proveerle con un servicio eficiente a cada paciente.

Usted tiene una consulta reumatologa. Favor de llenar este cuestionario de historial medico ANTES de su cita. Esta informacion es esencial en su evaluacion completa. Es necesario que nos de el nombre de su doctor general o quien la/lo refirio para asi obtener reportes que sean necesarios. El doctor esta a su disposicion durante las horas que la clinica esta horas de consulta. Si tiene alguna pregunta favor de llamar nuestra oficina. Despues de horas de consulta, fines de semana y dias de fiesta llame a su doctor general. En caso de una emergencia, favor de llamar Emergencias.

Sepase que su consulta inicial sera de 2 a 3 horas ya que se hacen estudios diagnosticos completos en nuestro consultorio. Favor de contactarnos si tiene que cancelar o no podra atender a su cita con anticipacion.

Favor de llegar al menos 15 a 20 minutos antes de su cita y traer reportes, radiografias, MRI's, escaneos de huesos y lista de medicinas, si tiene algunos.

Nuestro consultorio no acepta aseguranzas de Presbyterian o United Healthplan.

Gracias,

Arthur Snyder, M.D.

Gregory Maroney, PA-C

Art Snyder, MD  
Gregory Maroney, PA-C  
1255 Hillrise Circle  
Las Cruces, NM 88011

POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE

NOMBRE \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
No. DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ No. DE TEL \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ EDO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ EDO \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (REQUERIDO)  
UN AMIGO/A O FAMILIAR CERCANO, QUE NO VIVA CON USTED.

\_\_\_\_\_  
Como se dio cuenta de nuestra oficina? \_\_\_\_\_  
Que doctor lo/a esta recomendando? \_\_\_\_\_

Estado civil: SOLTERO/A \_\_\_ CASADO/A \_\_\_ VIUDO/A \_\_\_ DIVORCIADO/A \_\_\_

NOMBRE DEL ESPOSO/A \_\_\_\_\_  
FECHA DE NAC. \_\_\_\_\_ No. De S.S. \_\_\_\_\_  
EMPLEADO POR \_\_\_\_\_ OCUPATION \_\_\_\_\_  
DIRECCION(del trabajo) \_\_\_\_\_ #. De TEL. \_\_\_\_\_  
(trabajo) \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ EDO. \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

SE PUEDE DAR INFORMACIÓN MEDICA A SU ESPOSO/A O A MIEMBROS DE  
SU FAMILIA? NOMBRE: \_\_\_\_\_

LE PODEMOS LLAMAR A SU TRABAJO? \_\_\_\_\_  
TIENE ASEGURANZA? \_\_\_\_\_ MADICAID? \_\_\_\_\_ MEDICARE? \_\_\_\_\_

TODOS LOS SERVICIOS PROFESIONALES RECIBIDOS SERAN COBRADOS AL PACIENTE. EL  
PACIENTE DEBERA LLENAR TODAS LAS FORMAS NECESARIAS PARA AGILIZAR LOS  
PAGOS DE LAS ASEGURANZAS. DE CUALQUIER MANERA, EL PACIENTE ES RESPONSABLE  
DE TODOS LOS COBROS, AUTORIZACIONERS Y ASIGNACION DE LA ASEGURANZA.

POR LA PRESENTE AUTORIZO AL DR. ART SNYDER, PARA DAR INFORMACIÓN A MI  
ASEGURANZA ACERCA DE MI ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO Y PARA QUE RECIBA  
TODOS LOS PAGOS POR LOS SERVICIOS QUE YO O MIS DEPENDIENTES RECIBIMOS. YO  
ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR LA PARTE QUE LA ASEGURANZA NO CUBRE. DOY  
MI CONCENTIMIENTO PARA SER EXAMINADO/A POR EL DR. ART SNYDER, PARA PODER  
EVALUAR MI CONDICION Y PROVEER UN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO COMO SEA  
NECESARIO.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

# PROTECTED HEALTH INFORMATION DISCLOSURE RECORD

Patient Name: \_\_\_\_\_

D.O.B. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Month Day Year

## Authorized Methods of Communication (Check all that Apply)

### AUTHORIZED PERSONS:

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

Residence Telephone

Number: \_\_\_\_\_

- Leave call back number only; do not leave message
- Okay to leave detailed message with person
- Okay to leave detailed message on answering machine

Cellular Phone

Number: \_\_\_\_\_

- Leave call back number only; do no leave message
- Okay to leave detailed message on personal voice mail

Work Telephone

Number: \_\_\_\_\_

- Leave call back number only; do not leave message
- Okay to leave detailed message with operator
- Okay to leave detailed message on personal voice mail

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGIA**  
Forma de historia del paciente

Fecha de su primer cita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora de su cita: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Mes día año

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Apellido paterno Nombre Apellido materno mes día año

Dirección: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
 Número Calle Apt. #

Ciudad Estado Zona postal No. de teléfono: casa (\_\_\_\_) trabajo (\_\_\_\_)

ESTADO CIVIL:  Nunca ha sido casado/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado/a  Viudo/a  
 Esposo/a / persona significativa:  vive / edad \_\_\_\_\_  fallecido / edad \_\_\_\_\_ Enfermedad principal \_\_\_\_\_

EDUCACIÓN (circue el grado mas alto al que asistió):  
 Educación media y superior 7 8 9 10 11 12 Colegio 1 2 3 4 Graduado de: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Número de horas trabajadas / promedio semanal \_\_\_\_\_  
 Referido a esta oficina por (marque una):  usted solo/a  familiar  amigo  doctor  otro

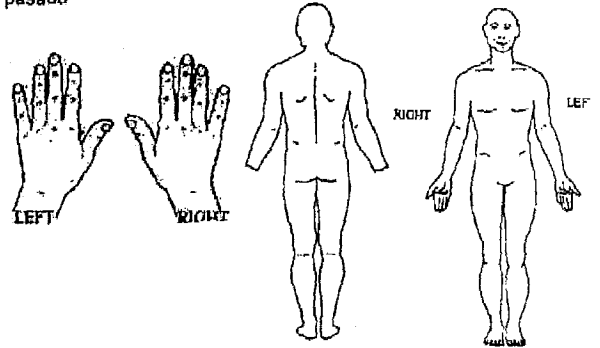
Nombre de la persona que lo refirió a esta oficina: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor que le da atención medica inmediata: \_\_\_\_\_

¿ Tiene usted un cirujano ortopédico?  SI  NO Si tiene, ¿quién es? \_\_\_\_\_

Describe brevemente sus síntomas presentes: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Por favor, en las siguientes figuras, marque los lugares de su cuerpo y manos donde tuvo dolor la semana pasada



Fecha aproximada cuando le empezaron estos síntomas: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

Tratamientos previos para este problema (incluyendo terapia fisica, cirugias e inyecciones; los medicamentos los listará después)

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

Por favor escriba el nombre de otros doctores que ha visto para este problema: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HISTORIA REUMATOLOGICA (ARTRITIS)**

¿ En alguna ocasión usted o algún familiar suyo han tenido alguno de las siguientes enfermedades? (marque la que corresponda, si su respuesta es afirmativa)

Usted	Familiar Nombre / relación	Usted	Familiar Nombre / relación
<input type="checkbox"/>	Artritis (tipo desconocido)	<input type="checkbox"/>	Lupus o "SLE"
<input type="checkbox"/>	Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Espondilitis
<input type="checkbox"/>	Artritis infantil	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis

Otras condiciones artríticas: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Iniciales del doctor \_\_\_\_\_

REVISION DE LOS SISTEMAS

Conforme usted revisa la siguiente lista, por favor marque aquellos problemas que le han afectado significativamente.

Fecha del último mamografía \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha del último examen de la vista \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
Fecha de su último rayos x del pecho \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de la última prueba de tuberculosis \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
Fecha de su última densitometría ósea \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

General

- \_\_\_ Reciente aumento de peso
Cantidad \_\_\_\_\_
\_\_\_ Reciente pérdida de peso
Cantidad \_\_\_\_\_
\_\_\_ Fatiga
\_\_\_ Debilidad
\_\_\_ Fiebre

Ojos

- \_\_\_ Dolor
\_\_\_ Enrojecimiento
\_\_\_ Pérdida de la vista
\_\_\_ Visión doble o borrosa
\_\_\_ Sequedad
\_\_\_ Como si tiene algo en los ojos
\_\_\_ Comezón

Oídos-Nariz-Boca-Garganta

- \_\_\_ Zumbido en los oídos
\_\_\_ Pérdida del oído
\_\_\_ Hemorragia nasal
\_\_\_ Pérdida del olfato
\_\_\_ Resequedad nasal
\_\_\_ Moquear
\_\_\_ Llagas en la lengua
\_\_\_ Encías sangrientas
\_\_\_ Llagas en la boca
\_\_\_ Pérdida del gusto (sabor)
\_\_\_ Boca seca
\_\_\_ Frecuente dolor de garganta
\_\_\_ Carraspera (ronquera)
\_\_\_ Dificultad para deglutir (tragar)

Cardiovascular

- \_\_\_ Dolor en el pecho
\_\_\_ Palpitación Irregular
\_\_\_ Cambios repentinos de la palpitación
\_\_\_ Presión arterial alta
\_\_\_ Soplo cardiaco

Respiratorio

- \_\_\_ Falta de aire
\_\_\_ Dificultad para respirar en la noche
\_\_\_ Piernas o pies hinchados
\_\_\_ Tos
\_\_\_ Tosiendo con sangre
\_\_\_ Respiración asmática

Gastrointestinal

- \_\_\_ Nausea
\_\_\_ Vomita sangre o como café molido
\_\_\_ Dolor de estomago que se alivia con comida o leche
\_\_\_ Derrame biliar
\_\_\_ Estreñimiento
\_\_\_ Diarrea persistente
\_\_\_ Excremento con sangre
\_\_\_ Excremento negro
\_\_\_ Acidez (agrupuras)

Genitourinario

- \_\_\_ Dificultad para orinar
\_\_\_ Dolor o ardor para orinar
\_\_\_ Sangre en la orina
\_\_\_ Orín lechoso
\_\_\_ Pus en la orina
\_\_\_ Desecho por el pene / vaginal
\_\_\_ Se levanta a orinar en la noche
\_\_\_ Resequedad vaginal
\_\_\_ Irritación / llagas
\_\_\_ Dificultad sexual
\_\_\_ Problemas con la próstata

Solo para mujeres:

- Edad en que empezó a menstruar: \_\_\_\_\_
Menstruación regular \_\_\_ Si \_\_\_ No
Fecha de su última menstruación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
Fecha de su último papanicolaou: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
¿Sangra después de la menopausia? \_\_\_ Si \_\_\_ No
Cuántos embarazos: \_\_\_\_\_
Cuántos malpartos/abortos: \_\_\_\_\_

Musculoesquelético

- \_\_\_ Entumecimiento en las mañanas:
¿Cuánto tiempo dura?
\_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ horas
\_\_\_ Dolor en las coyunturas
\_\_\_ Músculos débiles
\_\_\_ Músculos sensitivos
\_\_\_ Coyunturas hinchadas
Escriba todas las coyunturas afectadas en los últimos 6 meses:
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

Integumentario (piel y/o senos)

- \_\_\_ Moretes fácilmente
\_\_\_ Enrojecimiento
\_\_\_ Irritación
\_\_\_ Granos o ronchas
\_\_\_ Sensible al sol (alergia al sol)
\_\_\_ Piel apretada o estirada
\_\_\_ pequeños abultamientos o bolitas
\_\_\_ Pérdida del cabello
\_\_\_ El color de las manos y los pies cambia con el frío

Sistema nervioso

- \_\_\_ Dolores de cabeza
\_\_\_ Mareos
\_\_\_ Desmayos
\_\_\_ Espasmos musculares
\_\_\_ Perder el conocimiento
\_\_\_ Sensitividad o dolor en las manos y en los pies
\_\_\_ Pérdida de la memoria
\_\_\_ Sudores nocturnos

Psiquiátrico

- \_\_\_ Preocupación excesiva
\_\_\_ Se enoja fácilmente
\_\_\_ Depresión
\_\_\_ Agitación
\_\_\_ Dificultad para dormir
\_\_\_ Dificultad para quedarse dormido

Endocrino

- \_\_\_ Sad excesiva

Hematológico / Linfático

- \_\_\_ Glándulas hinchadas
\_\_\_ Glándulas doloridas
\_\_\_ Anemia
\_\_\_ Tendencia a sangrar
\_\_\_ Transfusión,
¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Alérgico / Inmunológico

- \_\_\_ Estornuda frecuentemente
\_\_\_ Susceptible a infecciones

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Physician's initials: \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

¿Toma usted bebidas con cafeína?  
 Tazas / vasos al día: \_\_\_\_\_  
 ¿Fuma?  Sí  No  En el pasado  
 ¿Qué tanto hace? \_\_\_\_\_  
 ¿Toma bebidas alcohólicas?  Sí  No  
 ¿Qué tanto toma por semana? \_\_\_\_\_  
 ¿Le han aconsejado alguna vez que limite sus bebidas?  
 Sí  No  
 ¿Usa usted drogas por razones no médicas?  Sí  No  
 Si usa, por favor diga cuáles usa: \_\_\_\_\_  
 ¿Hace usted ejercicio regularmente?  Sí  No  
 ¿Qué tipo? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas veces por semana? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas horas duerme por la noche? \_\_\_\_\_  
 ¿Duerme suficiente por la noche?  Sí  No  
 ¿Se siente descansado cuando despierta?  Sí  No

**HISTORIA MEDICA**

Marque los problemas que tiene o ha tenido  
 Cáncer  Problemas cardíacos  Asma  
 Bocio  Leucemia  Ataque cerebral  
 Cataratas  Diabetes  Epilepsia  
 Choque  Úlceras  Fiebre  
 Nervioso  estomacales  reumática  
 Dolores de  Ictericia  Collitis  
 cabeza  
 Mal de riñón  Pulmonía  Soriasis  
 Anemia  VIH/SIDA  Alta presión  
 Enfisema  Glaucoma  Tuberculosis  
 Alguna otra enfermedad significativa: (por favor anote) \_\_\_\_\_

Terapia natural o alternativas (quiropático, imanes, masajes, preparaciones sin receta medica, etc.) \_\_\_\_\_

**Cirugías previas**

Tipo	Año	Razón
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

¿Ha tenido alguna fractura?  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_  
 Algunas otras heridas o lastimaduras serias?  Sí  No Explique: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

VIVE

FALLECIDO

	Edad	Estado de salud	Edad que falleció	Causas
Padre				
Madre				

Numero de hermanos \_\_\_\_\_ Cuantos viven \_\_\_\_\_ Cuantos han fallecido \_\_\_\_\_  
 Numero de hijos \_\_\_\_\_ Cuantos viven \_\_\_\_\_ Cuantos han fallecido \_\_\_\_\_ Edad de cada uno: \_\_\_\_\_  
 Estado de salud de sus hijos \_\_\_\_\_

Sabe usted si alguno de sus familiares tiene o ha tenido: (Marque el problema y escriba su parentesco)

Cáncer  Enfermedad del corazón  Fiebre reumática  
 Tuberculosis  Leucemia  Alta presión  
 Epilepsia  Diabetes  Embolia  
 Asma  Tendencia a sangrar  Bocio  
 Collitis  Alcoholismo  Soriasis

## MEDICAMENTOS

Alergias a medicinas:    Si    No    ¿A que medicinas? \_\_\_\_\_

Tipo de reacción: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS PRESENTES.** (Escriba Todas las medicinas que esta tomando, incluya todo, aspirina, vitaminas, laxantes, calcio y otros suplementos, etc.)

Nombre del medicamento	Dosis (incluya concentración y número de pastillas que toma diario)	¿Qué tanto hace que toma esta medicina?	Por favor marque: ¿Le ha ayudado?		
			Mucho	Poco	Nada
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

**MEDICAMENTOS QUE TOMÓ EN EL PASADO.** Por favor revise la siguiente lista de medicinas para artritis. Trate de recordar, tan exacto como sea posible, qué medicinas ha tomado, *por cuánto tiempo* estuvo tomándolas, y algunas reacciones que haya tenido. Escriba sus comentarios en los espacios que se proveen.

**AntiInflamatorios sin esteroides.** Circule las que ha tomado en el pasado.

Ansiad (flubiprofén)	Arrotec (diclofenac + misoprostil)	Aspirina	Celebrex (Celecoxib)	Clinoril (sulindac)
Daypro (oxaprozin)	Disalcid (salsalate)	Dolobid (Diflunisal)	Feldene (piroxicam)	Indocin (indometacin)
Lodine (etadolac)	Meclomen ((maclofenamate)	Motrin/Rufen (Ibuprofén)	Nalfon ((fanoprofen)	
Oruval (Ketoprofen)	Tolectin (tolmetin)	Trilisate (cholin magnesium trisilicylate)	Vioxx (rofecooxi)	Voltaren (diclofenac)

Nombre y dosis	Por cuánto tiempo la tomó	Por favor marque: ¿Qué tanto le ayudó?			Reacciones
		Mucho	Poco	Nada	
<b>Ayudas para dolores</b>					
Acetaminfen (Tylenol)					
Codeína (Vicodin, Tylenol 3)					
Propoxifen (Darvon/Darvocet)					
Otro:					
Otro:					
<b>Drogas antiartrémáticas</b>					
Aurenofin , pastillas de oro (Ridaura)					
Inyecciones de oro (Myochrysin o Solganol)					
Hydroxychloroquin (Plaquenil)					
Penicilamin (Cuprimin o Depen)					

Metotrexate (Rumatrex)					
Azathioprine (Imuran)					
Sulfasalazine (Azulfidin)					
Quinacrine (Atabrin)					
Cyclophosphamide (Cytoxan)					
Cyclosporin A (Sandimmun o Neoral)					
Etanercept (Enbrel)					
Infliximab (Remicade)					
Prograf (Cyclosporin)					
Otro:					
Otro:					
<b>Medicinas para Osteoporosis</b>					
Estrógeno (premarin, etc.)					
Alendronate (Fosamax)					
Etidronate (Didronal)					
Raloxifen (Evista)					
Fleruro					
Calcitonin inyectado o nasal (Miacalcin, Calcimar)					
Residronate (Actonel)					
Otro:					
Otro:					
<b>Medicinas para Gota</b>					
Probenecid (Benemid)					
Colchicin					
Alopurinol (Zylorin/Lopurin)					
Otro:					
Otro:					
<b>Otros</b>					
Tamoxifen (Novaldex)					
Tiludronate (Skelid)					
Cortisona/Prednisona					
Inyecciones Hylan/Synvisc					
Hierbas o suplementos nutricionales					
Escriba otros suplementos que usa:					

¿Ha participado usted en algunas pruebas clínicas con nuevos medicamentos?  SI  NO  
 Si participó, explique por favor:

---



---



---

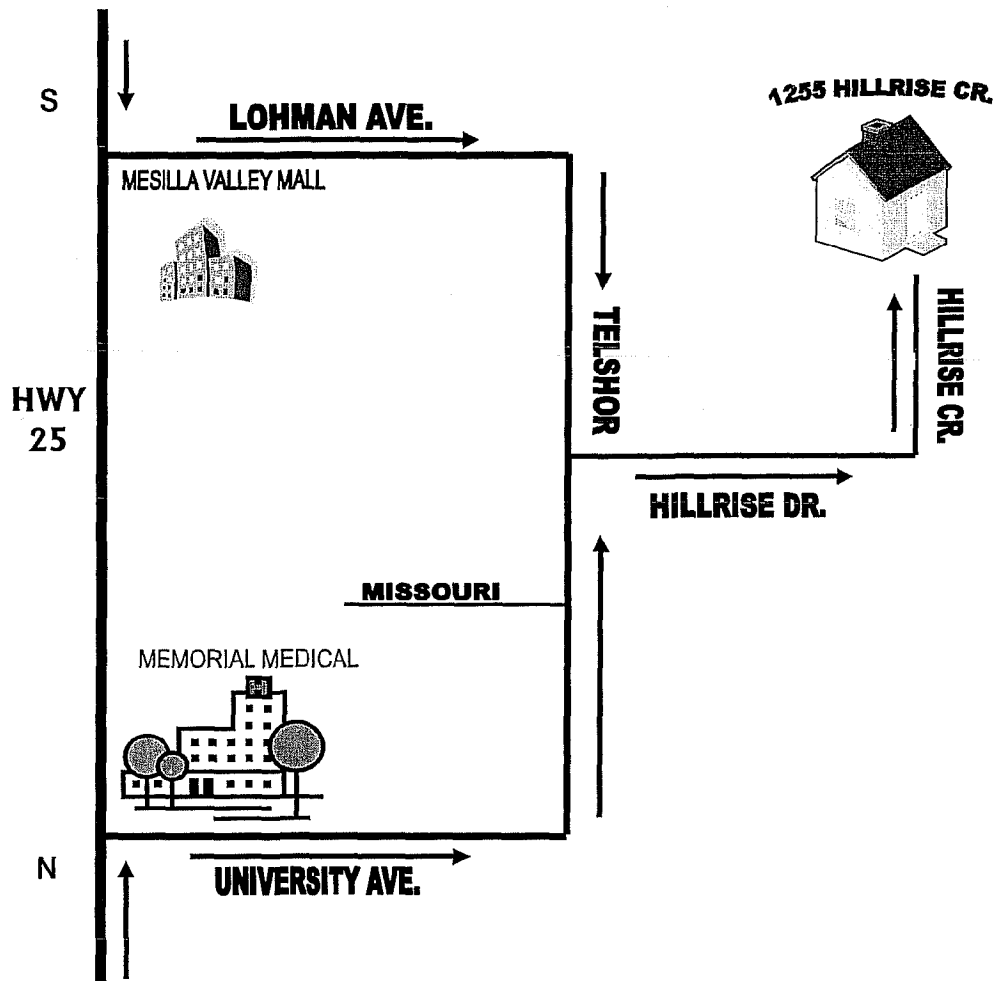


---



---





# ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS ASSOCIATES