

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

DOB: \_\_\_\_\_

MR #: \_\_\_\_\_

Index to Questionnaire – Health\Encounter

Fecha: \_\_\_\_\_

**UW Health**  
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA**  
**FORMULARIO DE LA HISTORIA MÉDICA DEL**  
**PACIENTE**

**ESTADO CIVIL:**  Nunca Casado  Casado  Divorciado  Separado  Viudo

Cónyuge/Pareja:  Vivo/Edad \_\_\_\_\_  Fallecido/Edad \_\_\_\_\_ Enfermedades importantes \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN** (encierre en un círculo el nivel más alto de educación al que llegó):

Grado Escolar 7 8 9 10 11 12    Universidad 1 2 3 4    Escuela de Postgrado \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Número de horas trabajadas/promedio por semana: \_\_\_\_\_

Enviado aquí por: (marque uno)  Si mismo  Familiar  Amigo  Doctor  Otro profesional de la salud

Nombre de la persona que lo refirió: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que le brinda atención primaria: \_\_\_\_\_

¿Tiene un cirujano ortopédico?  Sí  No Si responde sí, nombre: \_\_\_\_\_

Describa sus síntomas actuales en forma breve: \_\_\_\_\_

Fecha en que comenzaron los síntomas (aproximadamente): \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamientos previos para este problema (incluyendo terapia física, cirugía e inyecciones; se hará una lista de los medicamentos más adelante) \_\_\_\_\_

Por favor haga una lista de los otros proveedores que usted ha consultado por este problema: \_\_\_\_\_

**HISTORIA REUMATOLÓGICA (ARTRITIS)**

¿Usted o un pariente consanguíneo ha presentado algo de lo siguiente en algún momento? Marque si es "sí".

Usted		Familiar Nombre/Relación	Usted		Familiar Nombre/Relación
	Artritis (tipo desconocido)			Lupus o Lupus Eritematoso Sistémico (SLE por sus siglas en inglés)	
	Osteoartritis			Artritis Reumatoidea	
	Gota			Espondilitis Anquilosante	
	Artritis infantil			Osteoporosis	
Otro tipo de artritis: _____					

Patient Name:

DOB:

MR #:

**UW Health**  
 (University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA**  
**FORMULARIO DE LA HISTORIA MÉDICA DEL**  
**PACIENTE**

Index to Questionnaire – Health\Encounter

Por favor, revise la lista siguiente y marque cualquier problema que lo haya afectado significativamente:

Fecha de su última mamografía \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de su último examen ocular \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de su última radiografía de tórax \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha de su última prueba de Tuberculosis \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de su última densitometría ósea \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Constitucional**

- Aumento de peso reciente cantidad \_\_\_\_\_
- Pérdida de peso reciente cantidad \_\_\_\_\_
- Cansancio
- Debilidad
- Fiebre

**Ojos**

- Dolor
- Enrojecimiento
- Pérdida de visión
- Visión doble o borrosa
- Sequedad
- Siente como si tiene algo en el ojo
- Picazón en los ojos

**Oídos-Nariz-Boca-Garganta**

- Zumbido en los oídos
- Pérdida de audición
- Sangrado de nariz
- Pérdida del olfato
- Sequedad en la nariz
- Secreción nasal
- Dolor en la lengua
- Sangrado de las encías
- Llagas en la boca
- Pérdida del gusto
- Sequedad en la boca
- Dolor de garganta frecuente
- Ronquera
- Dificultad para tragar

**Cardiovascular**

- Dolor en el pecho
- Latido cardíaco irregular
- Cambios súbitos en el latido cardíaco
- Presión arterial alta
- Soplo cardíacos

**Respiratorio**

- Falta de aire
- Dificultad para respirar por la noche hinchazón de piernas o pies
- Tos
- Tos con sangre
- Silbido en el pecho (asma)

**Gastrointestinal**

- Nausea
- Vómito de sangre o material parecido al café molido
- Dolor estomacal que se alivia con comida o leche
- Ictericia
- Estreñimiento que empeora
- Diarrea persistente
- Sangre en las heces
- Heces negras
- Acidez

**Genitourinario**

- Dificultad para orinar
- Dolor o ardor al orinar
- Sangre en la orina
- Orina turbia
- Pus en la orina
- Secreción del pene/vagina
- Levantarse a orinar durante la noche
- Sequedad vaginal
- Sarpullido/úlceras
- Dificultades sexuales
- Problemas de próstata

*Solo para mujeres:*

Edad del comienzo de su menstruación: \_\_\_\_\_

¿Menstruación regular?  Sí  No

¿Cada cuántos días? \_\_\_\_\_

¿Fecha de última menstruación? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Fecha de último pap? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Sangrado después de la menopausia?

Sí  No

Número de embarazos? \_\_\_\_\_

Número de pérdidas? \_\_\_\_\_

**Musculoesquelético**

- Rigidez matinal
  - ¿Cuánto tiempo dura? \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_ Horas
  - Dolor en las articulaciones
  - Debilidad muscular
  - Dolor muscular
  - Hinchazón de las articulaciones
- Haga una lista de las articulaciones afectadas en los últimos 6 meses
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Tegumentos (piel y/o pecho)**

- Moretones fáciles
- Enrojecimiento
- Sarpullido
- Ronchas/urticaria
- Sensible al sol (alergia al sol)
- Rigidez
- Nódulos/bultos
- Caída del cabello
- Cambio de color de las manos o los pies con el frío

**Sistema Neurológico**

- Dolor de cabeza
- Mareos
- Desmayos
- Espasmos musculares
- Pérdida de conocimiento
- Sensibilidad o dolor de manos y/o pies
- Pérdida de memoria
- Sudoración nocturna

**Psiquiatría**

- Preocuparse en forma excesiva
- Ansiedad
- Pierde la calma con facilidad
- Depresión
- Agitación
- Dificultad para quedarse dormido
- Dificultad para mantenerse dormido

**Endocrino**

- Sed excesiva

**Hematológico/Linfático**

- Glándulas inflamadas
- Glándulas dolorosas
- Anemia
- Tendencia a sangrar
- Transfusión/cuándo \_\_\_\_\_

**Alergias/Inmunología**

- Estornudos frecuentes
- Mayor susceptibilidad a las infecciones

Patient Name:

DOB:

MR #:

**UW Health**  
 (University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA**  
**FORMULARIO DE LA HISTORIA MÉDICA DEL**  
**PACIENTE**

Index to Questionnaire – Health\Encounter

HISTORIA SOCIAL	HISTORIA MÉDICA PASADA
¿Consume bebidas con cafeína? ¿Cuántas tazas/vasos por día? _____ ¿Fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En el pasado –¿Hace cuánto? _____ ¿Consume alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuántos por semana? _____ ¿Alguna vez le han dicho que debe beber menos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Usa drogas por motivos que no sean médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, por favor haga una lista: _____ _____ ¿Hace ejercicio con regularidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo _____ Cantidad por semana _____ ¿Cuántas horas duerme por la noche? _____ ¿Duerme lo suficiente por la noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se despierta sintiéndose descansado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene o alguna vez ha tenido: ( <i>marque si "sí"</i> ) <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Problemas <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> cardíacos <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Cerebrovascular <input type="checkbox"/> Crisis nerviosa <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Dolores de <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal <input type="checkbox"/> Fiebre reumática cabeza fuertes <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Psoriasis renal <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Presión Arterial <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Tuberculosis Otras enfermedades importantes (haga una lista): _____ _____ Terapias Naturales o Alternativas (quiropática, imanes, masajes, preparaciones de venta libre, etc.): _____ _____ _____

**Operaciones Previas**

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

¿Alguna fractura previa?  No  Sí, Describa: \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna otra lesión grave?  No  Sí, Describa: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

SI VIVE			SI FALLECIÓ	
	Edad	Estado de Salud	Edad en que Falleció	Causa
Padre				
Madre				

Número de hermanos y hermanas: \_\_\_\_\_ Número de vivos: \_\_\_\_\_ Número de fallecidos: \_\_\_\_\_  
 Número de hijos e hijas: \_\_\_\_\_ Número de vivos: \_\_\_\_\_ Número de fallecidos: \_\_\_\_\_  
 Salud de sus hijos:  
 ¿Usted sabe si alguno de sus parientes consanguíneos tiene o ha tenido (marque e indique relación)?:  
 Cáncer, \_\_\_\_\_  Enfermedad Cardíaca, \_\_\_\_\_  Fiebre reumática, \_\_\_\_\_  Tuberculosis, \_\_\_\_\_  
 Leucemia, \_\_\_\_\_  Presión arterial alta, \_\_\_\_\_  Epilepsia, \_\_\_\_\_  Diabetes, \_\_\_\_\_  
 Accidente Cerebrovascular, \_\_\_\_\_  Tendencia al sangrado, \_\_\_\_\_  Asma, \_\_\_\_\_  Bocio, \_\_\_\_\_  
 Colitis, \_\_\_\_\_  Alcoholismo, \_\_\_\_\_  Psoriasis, \_\_\_\_\_  
 Alergias a Medicamentos:  No  Sí ¿A qué? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tipo de reacción: \_\_\_\_\_

Patient Name:

DOB:

MR #:

**UW Health**  
 (University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA**  
**FORMULARIO DE LA HISTORIA MÉDICA DEL**  
**PACIENTE**

Index to Questionnaire – Health\Encounter

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

Nombre del Medicamento	Dosis (incluya concentración y número de pastilla por día)	Por cuánto tiempo ha tomado este medicamento	Por favor, indique si: ¿le ayudó?		
			Mucho	Algo	Para 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"/>

**MEDICAMENTOS ANTERIORES:** Por favor, revise esta lista de medicamentos para la "artritis". Intente recordar, con la mayor precisión posible, cuáles de estos medicamentos ha tomado, **por cuánto** tiempo los tomó, **los resultados** que obtuvo e indique cualquier **reacción** que haya presentado al tomarlos. Registre sus comentarios en los espacios que se proporcionan.

Nombre del medicamento/Dosis	Período de tiempo	Por favor, indique si: ¿le ayudó?			Reacciones
		Mucho	Algo	Para Nada	
<b>Medicamentos Antiinflamatorios No Esteroides (NSAIDS, por sus siglas en inglés)</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Encierre en un círculo todos los medicamentos que tomó en el pasado**

Ansaid (flurbiprofen) Arthortec (diclofenaco + misoprostol) Aspirina (incluyendo aspirinas recubiertas) Celebrex (celecoxib) Clinoril (sulindac) Daypro (oxaprozin) Disalcid (salsalate) Dolobid (diflunisal) Feldene (piroxicam) Indocin (indomethacin) Lodine (etodolac) Meclomen (meclofenamate) Motrin/Rufen (ibuprofen) Nalfon (fenoprofen) Naprosyn (naproxen) Oruvail (ketoprofen) Tolectin (tolmetin) Trilisate (choline magnesium trisalicylate) Vioxx (rofecoxib) Voltarén (diclofenaco)

**Alivio del Dolor**

Acetaminofeno (Tylenol)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Codeína (Vicodin, Tylenol 3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Propoxifeno (Darvon/Darvocet)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Medicamentos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (DMARDS por sus siglas en inglés)**

Auranofin, pastillas de oro (Ridaura)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inyecciones de oro (Myochrysine o Solganol)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hidroxicloroquina (Plaquenil)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penicilamina (Cuprimine o Depen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Metotrexato (Rheumatrex)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Azatioprina (Imuran)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sulfasalazina (Azulfidine)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quinacrina (Atabrine)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ciclofosfamida (Cytosan)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ciclosporina A (Sandimmune o Neoral)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etanercept (Enbrel)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infliximab (Remicade)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prosorba Column		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Patient Name:

DOB:

MR #:

**UW Health**  
 (University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA**  
**FORMULARIO DE LA HISTORIA MÉDICA DEL**  
**PACIENTE**

Index to Questionnaire – Health\Encounter

<b>MEDICAMENTOS ANTERIORES Continuación</b>					
Nombre del medicamento/Dosis	Período de tiempo	Por favor, indique si: ¿le ayudó?			Reacciones
		Mucho	Algo	Para Nada	
<b>Medicamentos para la Osteoporosis</b>					
Estrógeno (Premarin, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alendronato (Fosamax)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etidronato (Didronel)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Raloxifeno (Evista)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fluoruro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calcitonina nasal o inyectable (Miacalcin, Calcimar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risedronato (Actonel)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Medicamentos para la Gota</b>					
Probenecid (Benemid)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colchicina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alopurinol (Zyloprim/Lopurin)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Otros</b>					
Tamoxifeno (Nolvadex)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiludronato (Skelid)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cortisona/Prednisona		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inyecciones de Hyalgan/Synvisc		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suplementos Nutricionales o de Hierbas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Por favor, haga una lista de suplementos:					
¿Ha participado en algún ensayo clínico para un medicamento nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si ha participado, indique cuál:					

**ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA**

¿Tiene que subir escaleras?     Sí     No    Si tiene que hacerlo, ¿cuántas? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_ Relaciones y edad de cada persona \_\_\_\_\_

¿Quién realiza la mayor parte del quehacer del hogar? \_\_\_\_\_    ¿Quién realiza la mayor parte de las compras? \_\_\_\_\_    ¿Quién realiza la mayor parte del trabajo del jardín? \_\_\_\_\_

En la escala siguiente, encierre en un círculo el número que mejor describe su situación; *La mayor parte del tiempo yo funciona .....*

1	2	3	4	5
MUY MAL	MAL	OK	BIEN	MUY BIEN

Debido a sus problemas de salud, usted tiene dificultad:  
 (Por favor, marque la respuesta apropiada para cada pregunta.)

Patient Name:

DOB:

MR #:

Index to Questionnaire – Health\Encounter

**UW Health**  
 (University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
**COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA**  
**FORMULARIO DE LA HISTORIA MÉDICA DEL**  
**PACIENTE**

	Por lo general	A veces	No
¿Para usar sus manos para tomar objetos pequeños (botones, cepillo de dientes, lápiz, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Subir escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Bajar escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sentarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Levantarse de una silla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tocarse los pies mientras está sentado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tocar su espalda ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tocar atrás de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Vestirse solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Irse a dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Permanecer dormido debido al dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Conseguir un sueño reparador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Bañarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Trabajar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Llevarse bien con sus familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En su relación sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Participar en actividades recreativas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con la rigidez matinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene bastón, muletas, andador o silla de ruedas? (encierre en un círculo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué es lo que más le cuesta hacer?			
¿Está recibiendo discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Está solicitando discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Tiene una demanda relacionada con un asunto médico pendiente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Firma del Paciente/Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Si lo firma una persona distinta al Paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo.

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

- El paciente es:  Menor de edad (Minor)  Incompetente/Incapacitado (Incompetent/Incapacitated)
- Autoridad Legal:  Tutor Legal (Legal Guardian)  Padre/Madre de un Menor (Parent of Minor)
- (Legal Authority)  Agente de Cuidados Médicos (Health Care Agent)  Otro: \_\_\_\_\_ (Other)

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Patient Name:

DOB:

MR #:

**UW Health**  
**(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)**  
**AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY**  
**PATIENT HISTORY FORM**

Index to Questionnaire – Health\Encounter

Date: \_\_\_\_\_

**MARITAL STATUS:**       Never Married     Married     Divorced     Separated     Widowed

Spouse/Significant Other:     Alive/Age \_\_\_\_\_     Deceased/Age \_\_\_\_\_    Major Illnesses \_\_\_\_\_

**EDUCATION** (circle highest level attended):

Grade School    7    8    9    10    11    12      College    1    2    3    4      Graduate School \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_      Number of hours worked/average per week: \_\_\_\_\_

Referred here by: (check one)     Self     Family     Friend     Doctor     Other health professional

Name of person making referral: See Spanish Version

The name of the physician providing your primary medical care: See Spanish Version

Do you have an orthopedic surgeon?     Yes     No      If yes, name: See Spanish Version

Describe briefly your present symptoms: See Spanish Version

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

Date symptoms began (approximate): See Spanish Version

Diagnosis: See Spanish Version

Previous treatment for this problem (include physical therapy, surgery, and injections; medications to be listed later)

See Spanish Version

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

Please list the names of other practitioners you have seen for this problem:

See Spanish Version

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

**RHEUMATOLOGIC (ARTHRITIS) HISTORY**

At any time, have you or a blood relative had any of the following? Check if “yes”.

Yourselves		Relative Name/Relationship	Yourselves		Relative/Name Relationship
	Arthritis (unknown type)			Lupus or “SLE”	
	Osteoarthritis			Rheumatoid Arthritis	
	Gout			Ankylosing Spondylitis	
	Childhood arthritis			Osteoporosis	
Other arthritis conditions:					

Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY
PATIENT HISTORY FORM

Index to Questionnaire – Health\Encounter

As you review the following list, please check any of those problems, which have significantly affected you.

Date of last mammogram \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date of last eye exam \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date of last chest x-ray \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date of last Tuberculosis Test \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date of last bone densitometry \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Constitutional

- Recent weight gain amount
Recent weight loss amount
Fatigue
Weakness
Fever

Eyes

- Pain
Redness
Loss of vision
Double or blurred vision
Dryness
Feels like something in eye
Itching eyes

Ears-Nose-Mouth-Throat

- Ringing in ears
Loss of hearing
Nosebleeds
Loss of smell
Dryness in nose
Runny nose
Sore tongue
Bleeding gums
Sores in mouth
Loss of taste
Dryness of mouth
Frequent sore throats
Hoarseness
Difficulty in swallowing

Cardiovascular

- Pain in chest
Irregular heart beat
Sudden changes in heart beat
High blood pressure
Heart murmurs

Respiratory

- Shortness of breath
Difficulty in breathing at night
Swollen legs or feet
Cough
Coughing of blood
Wheezing (asthma)

Gastrointestinal

- Nausea
Vomiting of blood or coffee ground material
Stomach pain relieved by food or milk
Jaundice
Increasing constipation
Persistent diarrhea
Blood in stools
Black stools
Heartburn

Genitourinary

- Difficult urination
Pain or burning on urination
Blood in urine
Cloudy, "smoky" urine
Pus in urine
Discharge from penis/vagina
Getting up at night to pass urine
Vaginal dryness
Rash/ulcers
Sexual difficulties
Prostate trouble

For Women Only:

Age when periods began:
Periods regular? Yes No
How many days apart?
Date of last period?
Date of last pap?
Bleeding after menopause? Yes No
Number of pregnancies?
Number of miscarriages?

Musculoskeletal

- Morning stiffness Lasting how long? Minutes Hours
Joint pain
Muscle weakness
Muscle tenderness
Joint swelling
List joints affected in the last 6 mos.

Integumentary (skin and/or breast)

- Easy bruising
Redness
Rash
Hives
Sun sensitive (sun allergy)
Tightness
Nodules/bumps
Hair loss
Color changes of hands or feet in the cold

Neurological System

- Headaches
Dizziness
Fainting
Muscle spasm
Loss of consciousness
Sensitivity or pain of hands and/or feet
Memory loss
Night sweats

Psychiatric

- Excessive worries
Anxiety
Easily losing temper
Depression
Agitation
Difficulty falling asleep
Difficulty staying asleep

Endocrine

- Excessive thirst

Hematologic/Lymphatic

- Swollen glands
Tender glands
Anemia
Bleeding tendency
Transfusion/when

Allergic/Immunologic

- Frequent sneezing
Increased susceptibility to infection



Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY
PATIENT HISTORY FORM

Index to Questionnaire – Health\Encounter

SOCIAL HISTORY and PAST MEDICAL HISTORY sections. Includes questions about caffeine, smoking, alcohol, exercise, and medical history (cancer, heart, asthma, etc.).

Previous Operations table with columns: Type, Year, Reason. Includes checkboxes for fractures and injuries.

FAMILY HISTORY:

Family History table with columns: IF LIVING (Age, Health) and IF DECEASED (Age at Death, Cause). Rows for Father and Mother.

Number of siblings: Number living: Number deceased:
Number of children: Number living: Number deceased:
Health of children:

Do you know of any blood relative who has or had (check and give relationship):
Cancer, Heart disease, Rheumatic fever, Tuberculosis,
Leukemia, High blood pressure, Epilepsy, Diabetes,
Stroke, Bleeding tendency, Asthma, Goiter,
Colitis, Alcoholism, Psoriasis,

Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY
PATIENT HISTORY FORM

Index to Questionnaire – Health\Encounter

Drug allergies: [ ] No [ ] Yes To what? \_\_\_\_\_

Type of reaction: \_\_\_\_\_

PRESENT MEDICATIONS (List any medications you are taking. Include such items as aspirin, vitamins, laxatives, calcium and other supplements, etc.)

Table with 5 columns: Name of Drug, Dose (include strength & number of pills per day), How long have you taken this medication, Please check: Helped? (A Lot, Some, Not At All). Rows 1-10.

PAST MEDICATIONS Please review this list of "arthritis" medications. As accurately as possible, try to remember which medications you have taken, how long you were taking the medication, results of taking the medication and list any reactions you may have had. Record your comments in the spaces provided.

Table with 4 columns: Drug names/Dosage, Length of time, Please check: Helped? (A Lot, Some, Not At All), Reactions. Row: Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDS).

Circle any you have taken in the past
Ansaïd (flurbiprofen) Arthortec (diclofenac + misoprostol) Aspirin (including coated aspirin) Celebrex (celecoxib) Clinoril (sulindac)
Daypro (oxaprozin) Disalcid (salsalate) Dolobid (diflunisal) Feldene (piroxicam) Indocin (indomethacin) Lodine (etodolac)
Meclomen (meclofenamate) Motrin/Rufen (ibuprofen) Nalfon (fenoprofen) Naprosyn (naproxen) Oruvail (ketoprofen)
Tolectin (tolmetin) Trilisate (choline magnesium trisalicylate) Vioxx (rofecoxib) Voltaren (diclofenac)

Pain Relievers
Table with 5 columns: Drug name, Length of time, Please check: Helped? (A Lot, Some, Not At All), Reactions. Rows: Acetaminophen (Tylenol), Codeine (Vicodin, Tylenol 3), Propoxyphene (Darvon/Darvocet), Other, Other.

Disease Modifying Antirheumatic Drugs (DMARDs)
Table with 5 columns: Drug name, Length of time, Please check: Helped? (A Lot, Some, Not At All), Reactions. Rows: Auranofin, gold pills (Ridaura), Gold shots (Myochrysin or Solganol), Hydroxychloroquine (Plaquenil), Penicillamine (Cuprimine or Depen), Methotrexate (Rheumatrex), Azathioprine (Imuran), Sulfasalazine (Azulfidine), Quinacrine (Atabrine), Cyclophosphamide (Cytoxan), Cyclosporine A (Sandimmune or Neoral), Etanercept (Enbrel), Infliximab (Remicade), Prosrba Column, Other, Other.

Patient Name:

DOB:

MR #:

**UW Health**  
**(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)**  
**AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY**  
**PATIENT HISTORY FORM**

Index to Questionnaire – Health\Encounter

<b>PAST MEDICATIONS Continued</b>					
Drug names/Dosage	Length of time	Please check: Helped?			Reactions
		A Lot	Some	Not At All	
<b>Osteoporosis Medications</b>					
Estrogen (Premarin, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alendronate (Fosamax)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etidronate (Didronel)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Raloxifene (Evista)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fluoride		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Calcitonin injection or nasal (Miacalcin, Calcimar)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risedronate (Actonel)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Gout Medications</b>					
Probenecid (Benemid)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colchicine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allopurinol (Zyloprim/Lopurin)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Others</b>					
Tamoxifen (Nolvadex)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiludronate (Skelid)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cortisone/Prednisone		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hyalgan/Synvisc injections		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herbal or Nutritional Supplements		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Please list supplements:					
See Spanish Version					
Have you participated in any clinical trials for new medications? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
If yes, list:					
See Spanish Version					

Patient Name:

DOB:

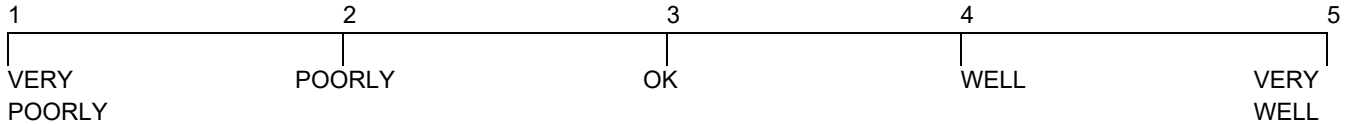
MR #:

UW Health
(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)
AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY
PATIENT HISTORY FORM

Index to Questionnaire – Health\Encounter

ACTIVITIES OF DAILY LIVING

Do you have stairs to climb? [ ] Yes [ ] No If yes, how many?
How many people in household? Relationship and age of each
Who does most of the housework? Who does most of the shopping? Who does most of the yard work?
On the scale below, circle a number which best describes your situation; Most of the time, I function...



Because of health problems, do you have difficulty:
(Please check the appropriate response for each question.)

Table with 4 columns: Activity, Usually, Sometimes, No. Rows include: Using your hands to grasp small objects?, Walking?, Climbing stairs?, Descending stairs?, Sitting down?, Getting up from chair?, Touching your feet while seated?, Reaching behind your back?, Reaching behind your head?, Dressing yourself?, Going to sleep?, Staying asleep due to pain?, Obtaining restful sleep?, Bathing?, Eating?, Working?, Getting along with family members?, In your sexual relationship?, Engaging in leisure time activities?, With morning stiffness?, Do you use a cane, crutches, a walker or wheelchair? (circle one), What is the hardest thing for you to do?, Are you receiving disability?, Are you applying for disability?, Do you have a medically related lawsuit pending?

Signature of Patient/Representative: See Spanish Version Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Time: \_\_\_
If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do so.
Print Name: See Spanish Version Relationship: See Spanish Version
• Patient is: [ ] Minor [ ] Incompetent/Incapacitated
• Legal Authority: [ ] Legal Guardian [ ] Parent of Minor [ ] Health Care Agent [ ] Other:
Reviewed by: See Spanish Version Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Time: \_\_\_