



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Apellido Primer Nombre Inicial. Mes/Dia/Año
 Telefono: Casa () _____ Cell: () _____ Trabajo: () _____
 Referido por: Dr. _____ Familia/Amigo _____ Otro _____
 Alto nivel de educacion: _____
 Nombre de doctor primario: _____ Telefono de Oficina: () _____
 Favor de listar los nombres de previos Reumatologo(s): _____

Favor de listar sus problemas de salud, operaciones, y/u hospitalizaciones:

| Problemas de salud | Operaciones | Hospitalizaciones |
|--------------------|-------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Favor de listar sus medicamentos actuales (si necesita mas espacio, favor de usar la pagina atras):

| Medicamento | Dosis | Frecuencia | Medicamento | Dosis | Frecuencia |
|-------------|-------|------------|-------------|-------|------------|
| 1) | | | 6) | | |
| 2) | | | 7) | | |
| 3) | | | 8) | | |
| 4) | | | 9) | | |
| 5) | | | 10) | | |

Fuma? Si No Si es si, cuanto por dia y cuanto tiempo? _____
 Bebe alcohol? Si No Si es si, cuanto y que tan frecuente? _____
 Fecha de ultimo examen de ojos: ____/____/____ Fecha de su prueba de Tuberculosis: ____/____/____
 Fecha de examen de densidad de huesos: ____/____/____ Fecha de ultimos Rayos X: ____/____/____
 Alergias algun medicamento? Si No Si es si favor de listar: _____

Toma usted alguna terapia natural o alternativa o preparaciones sin receta? Si No
 Si es si favor de listar: _____

Ha participado en cualquier estudio/ensayo clinico de tratamiento medico? Si No
 Si es si, favor de listar: _____

Gracias por completar esta forma. Esperamos participar en su cuidado.