

Lexington Medical Park 2 146 North Hospital Drive, Sala 550 • West Columbia, SC 29169 Teléfono: (803) 936-7410 • FAX: (803) 936-7412



LexingtonRheumatology.com

Formulario Para La Historia Clínica De Un Paciente Nuevo (New Patient History Form)

Nombre del paciente (Patient name): Jessica Mariana Monroy Mejía								
Fecha de nacimiento (Date of birth): 12	:/01/2001		Fecha de hoy (Da	ate):	08/09/23			
	bastian Ville	eda			# de Expediente (Chart #):	01		
Explique brevemente la razón de su visita de hoy: Chequeo gastrointestinal con electrogastrograma								
(Briefly tell us the reason for your visit today)								
Historial Médico Escriba aquí sus problemas médicos actuales (con el año del diagnóstico) y cualquier hospitalización. (Past Medical History List your current medical problems (with year of diagnosis) and any hospitalizations.)								
Problemas Médicos Actuales (Current Medical Problems):						AÑO (YEAR)		
1. Colitis Nerviosa					2018			
2.								
3.								
4.								
¿Ha tenido fracturas en el pasado? (Any previous fractures?) □ SÍ (YES) ☒ NO Si contestó que sí, por favor describa (If yes, please describ						ibe):		
¿Ha tenido alguna otra lesión grave? (Any other serio	ous injuries?) 🗆 S	SÍ (YES) 💢 NO	Si contestó que sí,	, por favo	or describa (If yes, please descr	ibe):		
Le han hecho las pruebas de (Have you been tested for):							
Hepatitis B: □ SÍ (YES) 以NO Si contestó que sí, resultados/año	□ SÍ (YES) 🏻 NO que sí, resultado							
(If yes, Result/Year):/	(If yes, Result/Year): / (If yes, Result/Year): /							
Haga una lista de las cirugías que considera significativas (List surgeries you would consider significant):					AÑO (YEAR)			
1.								
2.								
3.								
4.								
Historia Social (Social History)								
¿Usted Fuma? (Do you smoke?) 🗆 SÍ (YES) 🕅 NO ¿Actualmente toma bebidas alcohólicas? (Do you currently drink alcohol?) 💢 SÍ (YES)								
Número de paquetes al día (Number of packs per day?)		¿Con qué frecuencia? (How often?) Cada dos semanas						
¿Por cuantos años? (How many years?) ¿Antes tomaba regularmente? (Previous regular use?) ☐ SÍ 🕱 NO								
¿Usa alguna sustancia como cocaína o marihuana? (Do you use any substances such as cocaine or marijuana?) 🗆 SÍ (YES) 🕱 NO								
Si contestó que sí, por favor enumere aquí (If yes, please list): ¿Con qué frecuencia? (How often)								
¿Usted trabaja? (Are you employed?) SÍ (YES) X NO Si contestó que sí, ¿Cuál es su ocupación? (If yes, occupation?)								
George and any see amplessed. The see (120) and 120 of contracte que any peace of our companions. (in you, coordinates)								
¿Recibe compensación por invalidez? (On disability?) 🗆 SÍ (YES) 🖾 NO Si contestó que sí, ¿cuál es la razón? (If yes, reason?)								

Revisión de los Sistemas Por favor marque S (SÍ) o N (NO) complete la línea cuando sea apropiado. Review of Systems Please check Y (Yes) or N (No) and fill in the blanks where appropriate.									
1101		CONSTITUCIONAL (CONSTITUTIONAL)		Ισαρ	MUSCULOESQUELETAL (MUSCULOSKELETAL)				
\$ 	N X X X	Fiebres recurrentes (Recurring Fever) Pérdida de peso (Weight Loss) Cansancio todo el tiempo (Tired all the Time) Debilidad en todo el cuerpo (Feel Weak all Over) Intolerancia al frio/calor (Heat/Cold Intolerance)	\$ 	N X X	Dolor por todo el cuerpo (músculos/articulaciones) (Pain all over (muscles/joints) Dolor en las articulaciones. ¿Cuáles? (Joint Pains. Which ones?) Dolores musculares. ¿Dónde? (Muscle Pains. Location(s)?)				
	2	ENDOCRINO (ENDOCRINE)		X	Rigidez corporal al despertarse. ¿Cuánto tiempo le dura?				
\$ 	N X	Enfermedad de la tiroides (Thyroid Disease) Cambio de la talla de sombrero (Change in Hat Size)		X	(Body stiffness when you wake up. Lasts how long?) Inflamación en las articulaciones. ¿Cuáles? (Joints swell. Which ones?)				
		OJOS (EYES)		X	Los dedos de las manos o los pies se inflaman tanto que parecen salchichas (Fingers or toes swell up like hot dogs)				
\$ 	N X X X	Frecuente enrojecimiento de los ojos (Frequent Red Eyes) Frecuente dolor en los ojos (Frequent Eye Pain) Resequedad crónica en los ojos (Chronic Eye Dryness) Cambios recientes de la visión (Recent Vision Changes)	PIEL (SKIN) S N Cambios de pigmentación (Pigment Changes) Soriasis (Psoriasis)						
		OIDOS/NARIZ/GARGANTA (ENT)		X X	Erupciones cutáneas recurrentes. ¿Dónde? (Recurring Rashes. Where?) Picazón frecuente (Frequent Itching)				
\$ 	N X X X	Resequedad crónica en la boca (Chronic Dryness in Mouth) Frecuentes úlceras en la boca (Frequent Mouth Ulcers) Ronquera crónica (Chronic Hoarseness) Pérdida de la Audición (Hearing Loss)			Exposición breve al sol que causa erupciones cutáneas (Brief sun exposure causes a skin rash) Cambios recientes de las uñas de las manos y de los pies (Recent finger or toe nail changes) Los puntos de los dedos pierden el color cuando hace frio (All color drains out of fingertips when it's cold) Pérdida significativa de cabello (Significant hair loss)				
		RESPIRATORIO (RESPIRATORY)	HEMATOLÓGICO (HEMATOLOGIC)						
(Cr		El pecho le duele cuando respira profundo (Chest hurts with a deep breath) Siente que le falta la respiración frecuentemente (Frequently feel short of breath) Tos frecuente (Frequent Coughing) Sibilancia frecuente (Frequent Wheezing) Ronquidos (Snoring)	\$ 	N X X X	Inflamación frecuente de los ganglios (Frequent Swollen Glands) Ha recibido tratamiento para coágulos de sangre. ¿En qué parte del cuerpo? (Treated for a blood clot. Body part?) Sangrado excesivo (Excessive Bleeding) Frecuente sangrado nasal (Frequent Nosebleeds) Moretones en exceso (Excessive Bruising)				
	X	Pulmonía recurrente (Recurrent Pneumonia)			NEUROLÓGICO (NEUROLOGIC)				
	X	Asma (Asthma)	S	N	S N				
	N	CARDIOVASCULAR Dolor en el pecho cuando se esfuerza (Chest pain with exertion) Esforzarse levemente resulta en una falta de aire (Feel short of breath with mild exertion) Desmayos recientes (Recent Fainting)			Dolores de cabeza (Headaches) Convulsiones (Seizures) Entumecimiento. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Numbness. Body Part(s): Ardor. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Burning Sensation. Body Part(s): Sensación de Hormigueo. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Pins-and-needle sensation. Body Part(s): Debilidad reciente en alguna parte del cuerpo (Recent weakness of a body part): part):				
		Inflamación frecuente de los tobillos (Frequent Ankle Swelling)							
	N	GASTROINTESTINAL			PSIQUIÁTRICO (PSYCHIATRIC)				
\$	N X X X	Acidez (Heartburn) Náusea frecuente (Frequent Nausea) Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerativa (Crohn's/Ulcerative Colitis) Síndrome del intestino irritable (IBS (Irritable Bowel)) Sangre en la heces o heces negras/alquitranadas (Blood in stool or black/tarry stool)	\$ 	N X X	Depresión (Depression) □ ☑ Ansiedad (Anxiety) □ ☑ Confusión (Confusion) Trastornos de sueño (Sleep Disorder) Problemas para dormir: ☑ Para dormirse (Sleep Problems: Falling Asleep S N □ ☑ CM Confusión (Confusion) Para mantenerse dormido/a Staying Asleep)				
		URINARIO (URINARY)	Nı'ır	nero	de veces que ha estado embarazada (Number of times pregnant:):				
\$ 	N X X X X	Dolor al orinar (Pain When Urinating) Sangre en la orina (Blood in Urine) Cálculos en los riñones (Kidney Stones) Infecciones frecuentes de la vejiga (Frequent Bladder Infections) Úlceras genitales frecuentes (Frequent Genital Ulcers)	Núr Núr Núr	mero mero mero	de hijos nacidos vivos (Number of live births): de pérdidas (Number of miscarriages): de abortos (Number of abortions): anticonceptivo (Method of contraception):				

Historia Familiar Por favor marque e indique cuál pariente en el espacio provisto. (Family History Please check and indicate which family member in the space provided.)									
☐ Artritis reumatoide (Rheumatoid Arthritis)	☐ Osteoartritis (Osteoarthritis)	erativa (Crohn's/Ulcerative Colitis)							
Lupus	☐ Osteoporosis	☐ Espondilitis anquilosante (Ankylosing Spondylitis)							
☐ Fibromialgia	□ Diabetes	☐ Presión sanguínea elevada (High Blo	ood Pressure)						
☐ Gota (Gout)	☐ Soriasis (Psoriasis)	□ Tuberculosis							
Lista De Medicamentos Que Toma Actualmente: Por favor haga una lista de todos los medicamentos, incluyendo los de receta médica, de venta libre y vitaminas. (CURRENT MEDICATIONS Please list all medications including prescription, over-the-counter and vitamins) ALERGIAS A MEDICAMENTOS (Drug Allergies) SÍ (YES) NO ¿A CUÁL? (To what?) ¿TIPO DE REACCIÓN? (Type of reaction?)									
NOMBRE DEL MEDICAMENTO (NAME	OF MEDICATION)	DOSIS (DOSAGE)	FRECUENCIA (FREQUENCY)						
SUPLEMENTO NATURAL O HERBALES (HERB	OR NATURAL SUPPLEMENT)	DOSIS (DOSAGE)	FRECUENCIA (FREQUENCY)						
FIRMA DEL/DE LA PACIENTE: Jessica Mariana (Patient Signature)			FECHA: 08/09/23 (Date)						
FIRMA DEL DOCTOR/PHYSICIAN SIGNATURE: Seba (Physician Signature)	stián Villeda		FECHA:19/09/23						

Gracias por permitirnos atenderle con sus necesidades de salud médica. Estamos encantados de servirle.

Thank you for allowing us to assist you with your health care needs. We look forward to serving you.