

Un Consultorio de Lexington Medical Center

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): Martíne 7 Nov	va th a	(Kyandro)			
Fecha de nacimiento (Date of birth): 12-03-20	507	Fecha de hoy (D	ate): 06-09-2023			
Doctor de Cabecera (Primary Care physician):			# de Expediente (Chart #):			
Explique brevemente la razón de su visita de hoy:(Briefly tell us the reason for your visit today)						
Historial Médico Escriba aquí sus problemas médicos a (Past Medical History List your current medical problems (with year of diagno			o) y cualquier hospitalización.			
Problemas Médicos Actuales (Current Medical Problems):				AÑO (YEAR)		
1. Jastritis Crónica						
2.						
3.						
¿Ha tenido fracturas en el pasado? (Any previous fractures?) ♀SÍ (OVEC NO	Si contactó que cí	, por favor describa (If yes, please descri	ha)!		
¿Tia terildo fracturas en el pasado? (Ally previous fractures?)	(TES) LINU	•	ue).			
¿Ha tenido alguna otra lesión grave? (Any other serious injuries?)	SÍ (VES) KÍNO	huptura Si contestó que sí	he)*			
Cita contac arguna our rooton gravo. (Any outer sortous injuness.)	тог (120) - Д 110	or controcto que el	, por ravor accornsa (il yes, picase accorn			
Le han hecho las pruebas de (Have you been tested for):						
Si contestó que sí, resultados/año Si contestó	: □ SÍ (YES) 【 X NO que sí, resultad	os/año	VIH: □ SÍ (YES) ▼ NO Si contestó que sí, resultados/año			
(If yes, Result/Year): 2022 / regult/O (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. Prôtens de htunio por no	bford	de svelo	or bital	2022		
3.						
4.						
Historia Social (Social History)						
¿Usted Fuma? (Do you smoke?) SÍ (YES) NO ¿Actualmente toma bebidas alcohólicas? (Do you currently drink alcohol?) SÍ (Y						
Número de paquetes al día (Number of packs per day?)	¿Con qué frecuencia? (How often?)					
		Antes tomaba regularmente? (Previous regular use?) □ SÍ 🙀 NO				
¿Usa alguna sustancia como cocaína o marihuana? (Do you use an		.,	SÍ (YES) □ NO			
Si contestó que sí, por favor enumere aquí (If yes, please list): Mo						
¿Usted trabaja? (Are you employed?) ♀ SÍ (YES) □ NO Si contestó qi	ue sí, ¿Cuál es su	ocupación? (If yes, occu	upation?)			
Entrenador Personal			ler			
¿Recibe compensación por invalidez? (On disability?) SÍ (YES)	NO Si contestó	que sí, ¿cuál es la raz	zón? (If yes, reason?)			

Rev	visi	ión de los Sistemas Por favor marque S (SÍ) of Systems Please check Y (Yes) or N (No) and fill in the blank	o N	(NO) complete la línea cuando sea apropiado. propriate.
		CONSTITUCIONAL (CONSTITUTIONAL)			MUSCULOESQUELETAL (MUSCULOSKELETAL)
S 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)	S M	N 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)?)
		ENDOCRINO (ENDOCRINE)		X	Rigidez corporal al despertarse. ¿Cuánto tiempo le dura?
\$ 	N X X	Enfermedad de la tiroides (Thyroid Disease) Cambio de la talla de sombrero (Change in Hat Size)	X	1	(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)
s		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)	\$ 	N X	PIEL (SKIN) Cambios de pigmentación (Pigment Changes) Soriasis (Psoriasis)
		OIDOS/NARIZ/GARGANTA (ENT)			Erupciones cutáneas recurrentes. ¿Dónde? (Recurring Rashes. Where?)
\$ X	N 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)		K KK K	Picazón frecuente (Frequent Itching) 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)
S	N X X	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	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)
	*	Asma (Asthma)	S	N	S N
s □	N X	CARDIOVASCULAR Dolor en el pecho cuando se esfuerza (Chest pain with exertion) Esforzarse levemente resulta en una falta de aire		X X X	Dolores de cabeza (Headaches) Convulsiones (Seizures) Entumecimiento. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Numbness. Body Part(s): Sensación de Hormigueo. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Pins-and-needle sensation. Body Part(s): Debilidad reciente en alguna parte
	×	(Feel short of breath with mild exertion) Desmayos recientes (Recent Fainting) Inflamación frecuente de los tobillos (Frequent Ankle Swelling)	X		Ardor. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo? (Burning Sensation. Body Part(s): part):
		GASTROINTESTINAL			PSIQUIÁTRICO (PSYCHIATRIC)
\$ X 	N IX IX IX	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)	S X X	N 	Depresión (Depression) S N Ansiedad (Anxiety) S N Confusión (Confusion) Trastornos de sueño (Sleep Disorder) Problemas para dormir: (Sleep Problems: Para dormirse Falling Asleep Para mantenerse dormido/a Staying Asleep)
		URINARIO (URINARY)	Núr	nero	de veces que ha estado embarazada (Number of times pregnant:):
\$		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	nero nero nero	de hijos nacidos vivos (Number of live births): de pérdidas (Number of miscarriages): de abortos (Number of abortions): anticonceptivo (Method of contraception):

Artritis reumatoide (Rheumatoid Arthritis)	☐ Osteoartritis (Osteoarthritis)	☐ Enfermedad de Crohn's/Colitis ulcerativa (Crohn's/Ulcerative Coliti	
Lupus		☐ Espondilitis anquilosante (Ankylosing Spondylitis)	
□ Fibromialgia	▼ Diabetes	▼ Presión sanguínea elevada (High Blood Pressure)	
□ Gota (Gout)	☐ Soriasis (Psoriasis)	□ Tuberculosis	
or favor haga una lista de todos los me CURRENT MEDICATIONS Please list all medic ALERGIAS A MEDICAMENTOS (Drug A	ations including prescription, over-the-count	er and vitamins)	taminas. O DE REACCIÓN? (Type of reactio
NOMBRE DEL MEDICAMENT	NOMBRE DEL MEDICAMENTO (NAME OF MEDICATION)		FRECUENCIA (FREQUENCY)
SUPLEMENTO NATURAL O HERBALE	S (HERB OR NATURAL SUPPLEMENT)	DOSIS (DOSAGE)	FRECUENCIA (FREQUENCY)

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.