



Colorado Center  
for **Arthritis & Osteoporosis**. LLC

Bienvenido a Colorado Centro de Artritis y Osteoporosis, LLC. Nuestro compromiso con usted y con su medico de referencia es proporcionar la mas alta calidad, mas eficiente, y atento servicio posible. Por favor lea, y siga la lista de comprobacion de abajo.

Esperamos contar con su visita!

Primera visita, lista de comprobacion:

- 1. Traiga su Cuestionario de Salud completado\*.
- 2. Traiga su tarjeta(s) de seguro.
- 3. Traiga su identificacion con foto.
- 4. Traiga sus registros medicos (si le corresponde)
- 5. Este preparado para pagar su co-seguro y copago\*\*.
- 6. Llegar de 10-15 minutos antes de su cita programada\*\*\*.**

\*Por favor recuerde: usted debe tener su Cuestionario de Salud COMPLETADO, con el fin de ser visto.

\*\*Porfavor complete el paquete usando tinta azul o negra SOLAMENTE.

**\*\*\*Debido a los cambios relacionados con la ley de Asistencia Asequible, necesitamos coleccionar copagos y co-seguros el mismo dia de su cita, de lo contrario tendremos que reprogramar su cita.**

\*\*\*Debido a la longitud y complejidad de su nueva consulta, los pacientes que lleguen tarde pueden necesitar ser reprogramados.

**LONGMONT**

1715 Iron Horse Drive  
Suite 100  
Longmont, CO 80501

**BOULDER**

1840 Folsom Street  
Suite 105  
Boulder, CO 80302

**BROOMFIELD/  
SUPERIOR**

1910 Coalton Road  
Broomfield, CO 80021

**WHEAT RIDGE**

3455 Lutheran Parkway  
Bldg. 8, Suite 100  
Wheat Ridge, CO 80033

**NORTHGLENN**

11990 Grant Street  
Suite 108  
Northglenn, CO 80233

**DENVER**

425 S Cherry Street  
Suite 300  
Denver, CO 80246

PHONE 720.494.4700

TOLL FREE 1.877.508.5510

FAX 720.494.4706

WEBSITE [www.ccao.net](http://www.ccao.net)

## Colorado Center for Arthritis & Osteoporosis Informacion del Nuevo Paciente

Fecha de primer cita: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer M.I.

Direccion: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_  
Calle Apt. #

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal  Optar-en el portal del paciente

Telefono(s): Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Primer Lenguaje (circular uno): Ingles Espanol Otro: \_\_\_\_\_

Raza/Etnicidad (circular uno): Caucasico Hispano Asiano Afro Americano Americano Nativo Chino Filipino Japonés  
Hawaiano Nativo Islas del Pacifico Multi-Racial Negarse a contestar Otro: \_\_\_\_\_

Referido por (circular uno): Usted mismo/a Familia Amigo Doctor Otro Profesional Medico

Nombre de persona que lo refirio: \_\_\_\_\_

Nombre de doctor primario (general o doctor familiar): \_\_\_\_\_

Tiene cirujano orthopedico? \_\_\_\_\_ (si lo hay) nombre: \_\_\_\_\_

Una carta de referencia sera enviada ha su proveedor de atencion primaria y el medico que lo refirio (si lo hay) Por favor escriba cualquier otro proveedor que le gustaría que reciba una carta ha continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Sintomas Actuales

Describe los sintomas que lo trajo ha esta consulta: \_\_\_\_\_

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

Fecha aproximada en que comenzaron los síntomas: \_\_\_\_\_ Los síntomas cada vez mejor, peor, o se mantiene igual (circular uno)?

Que diagnosticos a recibido? \_\_\_\_\_

Que tratamientos (distintos de los medicamentos, que se le daran mas adelante) a recibido? \_\_\_\_\_

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

Por favor escriba otros profesionales que usted ha visto para este problema:

## Revisión de Sistemas (comprobar si tiene estos síntomas)

### General:

- \_\_\_\_\_ Ganancia de peso reciente
- \_\_\_\_\_ Pérdida de peso reciente
- \_\_\_\_\_ Fatiga
- \_\_\_\_\_ Fiebre
- \_\_\_\_\_ Sudores nocturnos

### Ojos:

- \_\_\_\_\_ Dolor ( I D )
- \_\_\_\_\_ Rojez ( I D )
- \_\_\_\_\_ Pérdida de visión ( I D )
- \_\_\_\_\_ Visión doble
- \_\_\_\_\_ Visión borrosa
- \_\_\_\_\_ Sequedad
- \_\_\_\_\_ Picazón

### Orejas, Nariz and Garganta:

- \_\_\_\_\_ Pérdida de la audición (I D)
- \_\_\_\_\_ Hemorragias nasales
- \_\_\_\_\_ Llagas en la boca
- \_\_\_\_\_ Boca seca
- \_\_\_\_\_ Dificultad para deglutir

### Pulmones:

- \_\_\_\_\_ Dificultad para respirar
- \_\_\_\_\_ Tos
- \_\_\_\_\_ Tos con sangre
- \_\_\_\_\_ Las sibilancias
- \_\_\_\_\_ Ronquidos fuertes

### Corazón:

- \_\_\_\_\_ Dolores de pecho
- \_\_\_\_\_ Latido del corazón irregular
- \_\_\_\_\_ Retención de líquidos en las piernas o los pies
- \_\_\_\_\_ Soplos del corazón
- \_\_\_\_\_ Los dedos o dedos de los pies se vuelven azules/blanco en el frío

### Aérgica/Inmunológica:

- \_\_\_\_\_ Fiebre alta
- \_\_\_\_\_ Infección reciente
- \_\_\_\_\_ Infección frecuente

### Estómago y los intestinos:

- \_\_\_\_\_ Náusea
- \_\_\_\_\_ Vómitos
- \_\_\_\_\_ Vómito de sangre o material
- \_\_\_\_\_ Acidez
- \_\_\_\_\_ Dolor de estómago
- \_\_\_\_\_ Diarrea
- \_\_\_\_\_ Estreñimiento
- \_\_\_\_\_ Sangre en las heces

### Urinario y reproductivo:

- \_\_\_\_\_ Dolor o ardor al orinar
- \_\_\_\_\_ Micción frecuente
- \_\_\_\_\_ Micción durante la noche (# De veces)
- \_\_\_\_\_ Sangre en la orina
- \_\_\_\_\_ Erupciones genitales
- \_\_\_\_\_ Úlceras genitales

### Solo Hombres::

- \_\_\_\_\_ Secreción del pene
- \_\_\_\_\_ Dificultad con las erecciones

### Solo Mujeres:

- \_\_\_\_\_ Sequedad vaginal
- \_\_\_\_\_ Número de embarazos
- \_\_\_\_\_ Número de abortos involuntarios
- \_\_\_\_\_ Edad en la cual los períodos pararon (menopausia)
- \_\_\_\_\_ Fue la menopausia natural o quirúrgica
- \_\_\_\_\_ Se ha quitado los ovarios ?

### Sangre/La linfa:

- \_\_\_\_\_ Anemia
- \_\_\_\_\_ Globulillos blancos bajos
- \_\_\_\_\_ Bajo nivel de plaquetas
- \_\_\_\_\_ Tendencia al sangrado
- \_\_\_\_\_ Coágulos de sangre

### Endocrina:

- \_\_\_\_\_ Intolerante al frío
- \_\_\_\_\_ Intolerante al caliente

### Sistema Nervioso:

- \_\_\_\_\_ Dolores de cabeza
- \_\_\_\_\_ Mareo
- \_\_\_\_\_ Desmayo / Pérdida del conocimiento
- \_\_\_\_\_ Convulsiones
- \_\_\_\_\_ El entumecimiento u hormigueo en las manos
- \_\_\_\_\_ El entumecimiento u hormigueo en los pies
- \_\_\_\_\_ Pérdida de memoria
- \_\_\_\_\_ Dificultad para concentrarse
- \_\_\_\_\_ Dificultad con el equilibrio
- \_\_\_\_\_ Dificultad para conciliar el sueño
- \_\_\_\_\_ Dificultad para permanecer dormido

### Psiquiátrico:

- \_\_\_\_\_ Depresión
- \_\_\_\_\_ Ansiedad

### Piel:

- \_\_\_\_\_ Erupción
- \_\_\_\_\_ Urticaria
- \_\_\_\_\_ Sensibilidad al sol
- \_\_\_\_\_ Llagas o úlceras
- \_\_\_\_\_ Pérdida de cabello

### Músculo/Huesos/Articulaciones:

- \_\_\_\_\_ Debilidad muscular
- \_\_\_\_\_ Dolor muscular
- \_\_\_\_\_ Dolor De Cuello
- \_\_\_\_\_ Dolor De Espalda
- \_\_\_\_\_ Rigidez matutina, cuánto tiempo? Minutos / Horas
- \_\_\_\_\_ Dolor en las articulaciones
- \_\_\_\_\_ Inflamación de las articulaciones
- \_\_\_\_\_ Enrojecimiento de la articulación
- \_\_\_\_\_ Articulaciones afectadas en los últimos 6 meses:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer M.I.

## Historial Medico Personal (comprobar si alguna vez ha tenido estas condiciones)

Condiciones artríticas:

\_\_\_\_\_ Osteoartritis      \_\_\_\_\_ Artritis reumatoide      \_\_\_\_\_ Espondilitis anquilosante      \_\_\_\_\_ Osteoporosis  
\_\_\_\_\_ Lupus      \_\_\_\_\_ Artritis      \_\_\_\_\_ Artritis en la ninez      \_\_\_\_\_ Osteopenia  
\_\_\_\_\_ Gota      \_\_\_\_\_ Fibromialgia

Otras condiciones:

\_\_\_\_\_ Epilepsia / convulsiones      \_\_\_\_\_ Problemas de corazon      \_\_\_\_\_ Enfermedad del rinon      \_\_\_\_\_ Tuberculosis  
\_\_\_\_\_ Migranias      \_\_\_\_\_ Hipertension      \_\_\_\_\_ Asma      \_\_\_\_\_ Diabetes  
\_\_\_\_\_ Enfisema      \_\_\_\_\_ Colesterol Alto      \_\_\_\_\_ Cataratas      \_\_\_\_\_ Fiebre reumatica  
\_\_\_\_\_ Depresion      \_\_\_\_\_ Carrera      \_\_\_\_\_ Glucoma      \_\_\_\_\_ Tiroides hipoactiva  
\_\_\_\_\_ Desorden bipolar      \_\_\_\_\_ Psoriasis      \_\_\_\_\_ Ulceras estomacales      \_\_\_\_\_ Hiperactividad de la tiroides  
\_\_\_\_\_ Cancer      \_\_\_\_\_ Enfermedad celiaca      \_\_\_\_\_ Hiperparatiroidismo      \_\_\_\_\_ Infeccion Hepatitis C  
\_\_\_\_\_ Infeccion VIH      \_\_\_\_\_ Infeccion Hepatitis B

Tipo: \_\_\_\_\_

Otras enfermedades importantes

## Historial quirurgico

Tipo de Operacion	Año	Rason
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Lesiones graves / accidentes ? **S** **N** Describir: \_\_\_\_\_

## Mantenimiento de la Salud

Fecha de ultima fisica: \_\_\_\_\_ Fecha de ultima densitometria (DXA): \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo examen de ojos: \_\_\_\_\_ Fecha de ultima prueba de piel TB \_\_\_\_\_ Resultado: + -

## Salud de los huesos

Alguna vez has roto un hueso? **S** **N** Si es asi, cuando, como y que hueso: \_\_\_\_\_

Que estatura mas alta usted ha estado? \_\_\_\_\_ Ha perdido peso? **S** **N** Si es asi, cuanto? \_\_\_\_\_

Alguna vez has tomado prednisona o esteroide similar por mas de unas pocas semanas a la vez? **S** **N** Si es asi, cuanto, como, que cantidad, y cual fue la rason? \_\_\_\_\_

Alguien en su familia tiene osteoporosis? **S** **N** Si es asi, quien? \_\_\_\_\_

Alguien en su familia a roto la cadera? **S** **N** Si es asi, quien? \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer M.I.

## Habitos

Alguna vez ha fumado? \_\_\_\_\_ Si es asi, en que año empezo? \_\_\_\_\_ Cuantos paquetes por dia? \_\_\_\_\_

Si ha dejado de fumar, cuando dejo de fumar? \_\_\_\_\_

Bebe bebidas alcoholicas? \_\_\_\_\_ Si es asi, cuanto por dia? \_\_\_\_\_ Por semana? \_\_\_\_\_

Usted consume marihuana? **S / N** Si su respuesta es si, como la consume? **Ingiere / Crema Topica / Fuma**  
Su consumo es **Medicinal** o **Recreativo** (circular uno)

Utiliza alguna "droga de la calle" o medicamentos recetados por razones no medicas? \_\_\_\_\_

Si es asi, que drogas? \_\_\_\_\_ Alguna vez a usado drogas intravenosas? \_\_\_\_\_

Hace ejercicio regularmente? \_\_\_\_\_ Si es asi, que es su rutina de ejercicios: \_\_\_\_\_

## Historial Social

Donde nacio: \_\_\_\_\_ Donde crecio: \_\_\_\_\_

Estado civil actual (circular uno): **Nunca casado Casado Viudo Divorciado Separado Asociacion domestica**

Pareja/alguien importante: \_\_\_\_\_ Enfermedad principal de pareja: \_\_\_\_\_

Quien mas vive en su hogar: \_\_\_\_\_

Nivel educacional: **No termino H.S. H.S. Graduado Alguna educacion superior**  
**Licenciatura Grado Maestro Doctorado (que tipo) \_\_\_\_\_**

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Actualmente Empleado? \_\_\_\_\_ Cuantas horas por semana: \_\_\_\_\_

Su estado de salud interfiere con su capacidad para hacer su trabajo? \_\_\_\_\_

Recibe ingresos por incapacidad? \_\_\_\_\_ Esta usted solicitando la discapacidad? \_\_\_\_\_

## Historial Familiar

	Si vive		Si ha fallecido	
	Edad	Salud actual	Edad que fallecio	Causa
Padre				
Madre				

Numero de hermanos \_\_\_\_\_ Cuantos viven \_\_\_\_\_ Numero de hermanas \_\_\_\_\_ Cuantas viven \_\_\_\_\_

Enfermedades graves en los hermanos: \_\_\_\_\_

Numero de hijos \_\_\_\_\_ Cuantos viven \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

Enfermedades graves en los hijos \_\_\_\_\_

Tiene usted algun pariente de sangre que ha tenido(cual es la relacion): \_\_\_\_\_ Cancer (que tipo) \_\_\_\_\_

Artritis Reumatoide \_\_\_\_\_ Fibromialgia \_\_\_\_\_ Stroke \_\_\_\_\_

Espondilitis anquilosante \_\_\_\_\_ Lupus \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_

Osteoartritis \_\_\_\_\_ Osteoporosis \_\_\_\_\_ Tendencia al sangrado \_\_\_\_\_

Gota \_\_\_\_\_ Problemas de corazon \_\_\_\_\_ Alcolismo \_\_\_\_\_

Artritis en la ninez \_\_\_\_\_ Hipertension \_\_\_\_\_ Psoriasis \_\_\_\_\_

Artritis (tipo desconocido) \_\_\_\_\_ Depresion \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_