



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

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:

Revision de Sistemas(comprobar si tiene estos sintomas)

General:

- _____ Ganancia de peso reciente
- _____ Perdida de peso reciente
- _____ Fatiga
- _____ Fiebre
- _____ Sudores nocturnos

Ojos:

- _____ Dolor (I D)
- _____ Rojez (I D)
- _____ Perdida de vision (I D)
- _____ Vision doble
- _____ Vision borosa
- _____ Sequedad
- _____ Picazon

Orejas, Nariz and Garganta:

- _____ Perdida de la audicion(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

Corazon:

- _____ Dolores de pecho
- _____ Latido del corazon irregular
- _____ Retencion de líquidos en las piernas o los pies
- _____ Soplos del corazon
- _____ Los dedos o dedos de los pies se vuelven azules/blanco en el frío

Alergica/Inmunologica:

- _____ Fiebre alta
- _____ Infeccion reciente
- _____ Infeccion frecuente

Estomago y los intestinos:

- _____ Nausea
- _____ Vomitos
- _____ Vomito de sangre o material
- _____ Acidez
- _____ Dolor de estomago
- _____ Diarrea
- _____ Estrenimiento
- _____ Sangre en las heces

Urinario y reproductive:

- _____ Dolor o ardor al orinar
- _____ Miccion frecuente
- _____ Miccion durante la noche (# De veces)
- _____ Sangre en la orina
- _____ Erupciones genitales
- _____ Ulceras genitales

Solo Hombres::

- _____ Secrecion del pene
- _____ Dificultad con las erecciones

Solo Mujeres:

- _____ Sequedad vaginal
- _____ Numero de embarazos
- _____ Numero de abortos involuntarios
- _____ Edad en la cual los periodos pararon (menopausia)
- _____ Fue la menopausia natural o quirurgica
- _____ Se ha quitado los ovarios ?

Sangre/La linfa:

- _____ Anemia
- _____ Globulos blancos bajos
- _____ Bajo nivel de plaquetas
- _____ Tendencia al sangrado
- _____ Coagulos de sangre

Endocrine:

- _____ Intolerante al frio
- _____ Intolerante alo caliente

Sistema Nervioso:

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

Psiquiatrico:

- _____ Depresion
- _____ Ansiedad

Piel:

- _____ Erupcion
- _____ Urticaria
- _____ Sensibilidad al sol
- _____ Llagas o ulceras
- _____ Perdida de cabello

Musculo/Huesos/Articulaciones:

- _____ Debilidad muscular
- _____ Dolor muscular
- _____ Dolor De Cuello
- _____ Dolor De Espalda
- _____ Rigidez matutina, cuanto tiempo? Minutos / Horas
- _____ Dolor en las articulaciones
- _____ Inflamacion de las articulaciones
- _____ Enrojecimiento de la articulacion
- _____ Articulaciones afectadas en los ultimos 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 _____