



Arthritis Medical Clinic

Osteoporosis Diagnostic Imaging & Treatment Center

6180 Brockton Ave, Suite 204 • Riverside, California 92506
(951) 781-7700 • FAX (951) 781-0313

Questionario De Salud

Nombre _____

Fecha _____

Complete el cuestionario (lo mas possible). Esto permanecerá en confi encia como parte de su registro médico.

1. **Razón de la visita?** _____ Laboratorios Anormales Dolor en articulaciones Otro:

2. **Historial Médico:** (Check all that apply)

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Diabetes (Type 1 or 2) | <input type="checkbox"/> Piedras de riñones | <input type="checkbox"/> Ulceras en el estómago |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> Presión Arterial | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñones | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral (Fecha: _____) | |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardiaco (Fecha: _____) | | <input type="checkbox"/> Endoprótesis cardiaca/bypass de corazon (Fecha: _____) | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (Tipo: _____ Fecha de último tratamieinto : _____) | | | |

3. **Historial de cirugías?** Si o No. Si la respuesta es si, favor de enlístir _____

4. **Alérgias:** NO Sulfa Vacunas Antibióticos (Enlistar): _____ Otro: _____

5. **Historial Personal/ Social**

Estado Civil (Marque uno): Soltero Casado Viudo Separado Divorciado

Historial Mentrual (Mujeres) Aborto espontáneo: _____

Su ocupación: _____

6. **Hábitos Personales:**

Tabaco: Pasado (Año que paró: _____) Uso actual (Pa uetes al día : _____) Nunca

Alcohol: Menos de una vez al dia en la semana Una vez a la semana o más Nunca

Uso de Drogas Recreativas: NO Marihuana CBD Otra: _____ Uso actual Pasado

7. **Historial Familiar:**

Madre Viva Fallecida Padre Viva Fallecida

Family Illnesses (Check all that apply)

- | | | | |
|---------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad de riñones | <input type="checkbox"/> Presión Arterial | <input type="checkbox"/> Problemas de corazón |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Diabetes |

Babak Zamiri, M.D.
 Nayef Kazzaz, M.D.
 Asbat Hasan, M.D.
 Noemi Lopez, FNP



Por favor marque que síntomas ha experimentado.

Constitucional		Genitourinario		Alérgico/Inmunológico	
Escalofríos		Disuria		alergiase estacionales	
Fatiga		Lesión genital		picazón	
Fiebre		Sangre en la orina		salpullido	
Sudores nocturnos		Orinar frecuentemente			
Aumento de peso		Orinar frecuentemente de noche		Psiquiátrico	
Perdida de peso				ansiedad	
		Musculoesquelético		episodios de llanto	
Ojos		dolor en las articulaciones		depresión	
Vista borrosa		dolor de espalda		sentirse estresado	
Drenaje ocular		rigidez de las articulaciones		Pérdida de interés en actividades placenteras	
Dolor de ojo		dolor en las extremidades		pobre concentración	
Ojos secos		dolor muscular		uso de drogas recreativas	
Sensibilidad ala luz		debilidad		tristeza	
		mala deambulación		alteración del sueño	
Oídos, Naris, Garganta		deformidades		pensamientos suicidas	
Dificultad para tragar		hinchazón			
Voca seca					
Sangrado de naris		Piel			
úlceras nasales que no cicatrizan		piel seca			
Sangrado de encías		picazón			
Llaga ó ulcera en la vaca		salpullido			
Dolor de lengua		ulceraciones			
		sensibilidad al sol			
Cardiovascular		cambios de color			
Dolor de pecho					
Palpitaciones		Neurológico			
Enema de E_ales		mareos			
Dificultad para respirar		desmayo			
Latidos cardíacos acelerados		dolores de cabeza			
Venas varicosas		pérdida de memoria			
		entumecimiento			
Respiratorio		temblor			
Tos		vértigo			
Dificultad para respirar		debilidad			
Exposición a la tuberculosis		nerviosismo			
Hemoptisis		depresión			
Sibilancias					
		Hematológico/ Linfático			
Gastrointestinal		moretones con facilidad			
Dolor abdominal		sangrado excesivo			
Reflujo ácido		historia de transfusión de sanqre			
Anorexia		historia de lucemia			
Hinchazon					
Dificultad para tragar		Endocrino			
Constipacion		perdida de cabello			
Diarrhea		intolerancia al calor o ail frío			
Acidez		aumento de la pigmentación de la piel			
Hemorroides					
Nausea					
Vomito					

Babak Zamiri, M.D.
 Nayef Kazzaz, M.D.
 Asbat Hasan, M.D.
 Noemi Lopez, FNP



Por favor responda las siguientes preguntas marcando con un círculo SI o NO

Puedes producir lagrimas?	SI	NO
Puedes producir saliva?	SI	NO
Tienes zonas calvas?	SI	NO
Has perdido mas de una cuarta de cabello en los ultimos 3 meses?	SI	NO
Tiene sarpullido facial recurrente y prominente?	SI	NO
Tiene sarpullido recurrente en el cuerpo?	SI	NO
Has perdido mas del 10% de su peso en los unltimos 6 meses?	SI	NO
Te sale un sarpullido despues de exponerte al sol?	SI	NO
Tus dedos se vuelven blancos o morados cuando estan frios?	SI	NO
Tienes llagas abiertas en la boca?	SI	NO
Tienes llagas abiertas dentro de la nariz?	SI	NO
Tiene hinchazon diaria en las articulaciones?	SI	NO
Tiene fiebre de mas de 102 en repetidas ocasiones?	SI	NO
Tienes fatiga la mayor parte de la semana?	SI	NO

Babak Zamiri, M.D.
Nayef Kazzaz, M.D.
Asbat Hasan, M.D.
Noemi Lopez, FNP



Por favor marque qué síntomas ha experimentado más en la última semana

Depression	
Ansiedad o estres	
Sueno interrumpido	
Ronquido	
Dolor de cabeza intenso	
Fatiga	
Llore por nada	
Ejercicios regularmente	
Cambio de humor	
Mala memoria	
Cerebro nublado	
Dificultada en concentrarse	
Mareo	
Adormecimiento o hormigueo	
Dolor abdominal (estomago)	
Diarrea	
Constipacion	