



# 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 tratamiento : _____) |   |   |   |

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 Menstrual (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.  
 Nazee Farsi, M.D.  
 Nayef Kazzaz, M.D.  
 Asbat Hasan, M.D.  
 Noemi Lopez, FNP



Por favor marque que síntomas ha experimentado.

<b>Constitucional</b>		<b>Genitourinario</b>		<b>Alérgico/Inmunológico</b>	
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		<b>PsiQ u iátrico</b>	
Perdida de peso				ansiedad	
		<b>Musculoesquelético</b>		episodios de llanto	
<b>Ojos</b>		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	
<b>Oidos, Naris, Garganta</b>		deformidades		pensamientossu icidas	
Dificultad para tragar		hinchazón			
Voca seca					
Sangrado de naris		<b>Piel</b>			
úlceras nasales que no cicatrizan		piel seca			
Sangrado de encias		picazón			
Llaga ó ulcera en la vaca		salpullido			
Dolor de lenqua		ulceraciones			
		sensibilidad al sol			
<b>Cardiovascular</b>		cambios de color			
Dolor de pecho					
Palpitaciones		<b>Neurológico</b>			
Enema de E_ales		mareos			
Dificultad para respirar		desmayo			
Latidos cardíacos acelerados		dolores de cabeza			
Venas varicosas		pérdida de memoria			
		entumecimiento			
<b>Respiratorio</b>		temblor			
Tos		vértigo			
Dificultad para respirar		debilidad			
Exposición a la tuberculosis		nerviosismo			
Hemoptisis		depresión			
Sibilancias					
		<b>Hematológico/ Linfático</b>			
<b>Gastrointestinal</b>		moretones con facilidad			
Dolor abdominal		sangrado excesivo			
Reflujo ácido		historia de transfusión de sanqre			
Anorexia		historia de lucemia			
Hinchazon					
Dificultad para tragar		<b>Endocrino</b>			
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.  
 Nazee Farsi, 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.  
Nazee Farsi, 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**

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