

# EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610  
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

## **Bienvenidos a nuestros nuevos pacientes!**

En nombre de los proveedores y el personal de Emkey Arthritis & Osteoporosis Clinic, ¡Nos gustaría darle la bienvenida a nuestra práctica! Nos sentimos honrados de que haya elegido al equipo de Emkey Arthritis para que participe en su atención médica.

## **Nuestra Mision –**

**Excelencia en atención médica e investigación clínica que garantiza la compasión y la más alta calidad de vida para todos y cada uno de los pacientes.**

Lea lo siguiente, que proporcionará a nuestro equipo la información esencial necesaria para brindarle la mejor atención posible.

- 1) Por favor complete todos los formularios en este paquete para pacientes nuevos y tráígalos a su primera visita.
- 2) También debe traer los siguientes artículos para su cita:
  - ⇒ Su identificación con foto
  - ⇒ Todas las tarjetas de seguros
  - ⇒ Si su compañía de seguros requiere una remisión (en papel o electrónica), asegúrese de obtener una de su médico de atención primaria antes de su cita.
  - ⇒ Todas las tarjetas de farmacia
  - ⇒ Una lista actualizada de todos los medicamentos/suplementos que tomas, con las dosis.

**Por favor llegue 20 MINUTOS antes de su cita programada para que nuestro equipo pueda registrarlos.**

**Su cita está programada para \_\_\_\_\_ con Dr. \_\_\_\_\_.**

*Es importante que su médico de referencia nos proporcione todos los registros pertinentes para que su tiempo en su visita se pueda aprovechar al máximo. Llame a su médico para asegurarse de que nos hayan enviado sus registros.*

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina al 610-374-8133.

Nuestro servicio automatizado de recordatorio telefónico aparecerá en su identificador de llamadas como "610-795-9206". Es útil guardar este número en tus contactos para que reconozcas los recordatorios automáticos de citas.

Nos entusiasma la oportunidad de conocerte!

Sinceramente,

**El equipo de Emkey Arthritis & Osteoporosis Clinic, PC**

# EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610  
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

## Direcciones desde Allentown:

Incorpórese a la US-22 Oeste. Incorpórate a la US-222 sur hacia Lancaster. Tome la salida de Broadcasting Road. Gire a la derecha en Broadcasting Road. Siga el camino de la Broadcasting Road. Cruce Papermill Road. Pase la entrada del campus corporativo y ambos estanques a su derecha. Gire a la derecha en Meridian Blvd. Tome la primera derecha hacia Commerce. El estacionamiento estará a su izquierda.

## Direcciones desde Harrisburg:

PA Turnpike East hasta la salida 286 hacia Reading, luego siga las instrucciones desde Pottstown a continuación.

## Indicaciones desde Pottstown/Filadelfia:

Desde la autopista de peaje, incorpórese a Morgantown Expressway/I-76 North por la salida 298 hacia Reading. Incorpórese a la US-422 West por la salida 118 a la izquierda hacia Reading. Incorpórese a la US-222 Norte por la salida de la izquierda hacia Allentown. Tome la salida de Broadcasting Road, gire a la izquierda en Broadcasting Road. Continúe por Broadcasting Road. Cruce Papermill Road. Pase la entrada del Campus Corporativo y ambos estanques a su derecha. Gire a la derecha hacia Meridian Blvd. Tome la primera a la derecha hacia Commerce. El estacionamiento estará a su izquierda.

## Direcciones desde Ephrata/Lancaster:

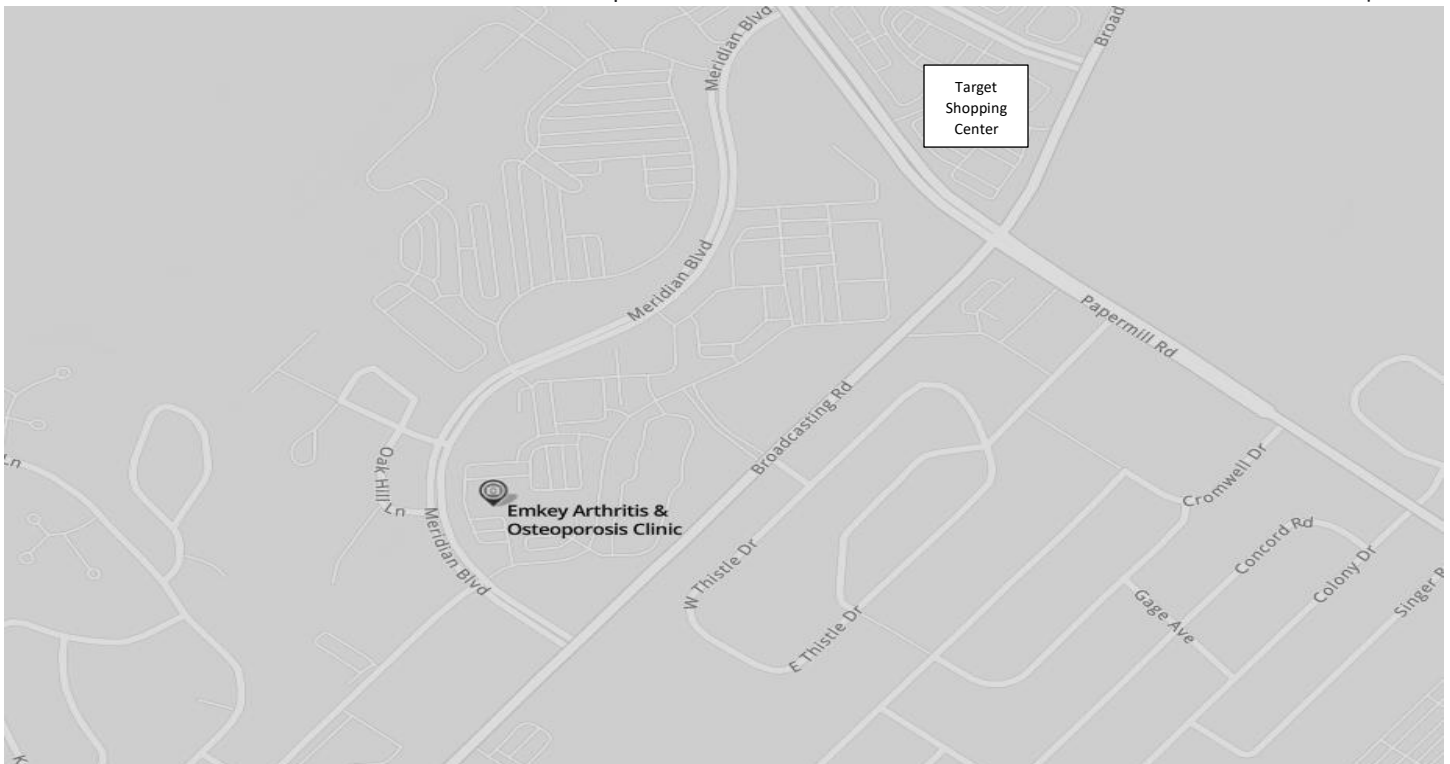
Incorpórate a la US-30 Este/US 222 hacia la US 222 Norte. Gire a la derecha hacia Allentown. Tome la salida de Broadcasting Road. Gire a la izquierda en Broadcasting Road. Continúe por Broadcasting Road. Cruce Papermill Road. Pase la entrada del Campus Corporativo y ambos estanques a su derecha. Gire a la derecha hacia Meridian Blvd. Tome la primera a la derecha en Commerce. El estacionamiento estará a su izquierda.

## Direcciones desde Wernersville:

Tome la avenida Penn hasta la 422 este. Incorpórate a la US-222 por la salida de la izquierda hacia Allentown. Tome la salida de Broadcasting Road. Gire a la izquierda en Broadcasting Road. Continúe por Broadcasting Road. Pase por Papermill Road. Pase la entrada del Campus Corporativo y ambos estanques a su derecha. Gire a la derecha hacia Meridian Blvd. Tome la primera a la derecha en Commerce. El estacionamiento estará a su izquierda.

## Direcciones desde la Ruta 12/Warren Street Bypass:

Salga en Papermill Road. Gire a la izquierda en Broadcasting Road. Pase la entrada del Campus Corporativo y ambos estanques a su derecha. Gire a la derecha hacia Meridian Blvd. Tome la primera a la derecha en Commerce. El estacionamiento estará a su izquierda.



# EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610  
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

## Aviso de prácticas de información y declaración de privacidad

**Cómo recopilamos información sobre usted:** Emkey Arthritis and Osteoporosis Clinic (EAOC) y sus empleados y voluntarios recopilan datos a través de una variedad de medios que incluyen, entre otros, cartas, llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de voz y del envío de solicitudes que son requeridos por ley o necesarios para procesar solicitudes u otras solicitudes de asistencia a través de nuestra organización.

**Lo que no hacemos con su información:** información sobre su situación financiera, condiciones médicas y atención que nos brinda por escrito, por correo electrónico, por teléfono (incluida la información que se deja en los mensajes de voz), contenida o adjunta a las solicitudes, o directamente o indirectamente, se mantiene en la más estricta confidencialidad.

No entregamos, intercambiamos, permutamos, alquilamos, vendemos, prestamos ni difundimos ninguna información sobre pacientes, solicitantes o clientes que soliciten o reciban nuestros servicios que se considere confidencial del paciente, esté restringida por ley o haya sido restringida específicamente, por un paciente/cliente en un formulario de consentimiento HIPAA firmado.

**Cómo usamos su información:** la información solo se usa según sea razonablemente necesario para procesar su información o brindarle servicios de salud o asesoramiento que pueden requerir comunicación entre EOAC y proveedores de atención médica, proveedores de productos o servicios médicos, farmacias, compañías de seguros, y otros proveedores necesarios para: verificar que su información médica sea precisa; determinar el tipo de suministros médicos o cualquier servicio de atención médica que necesite, incluidos, entre otros: obtener o comprar cualquier tipo de suministros médicos, dispositivos, medicamentos o seguros.

Si solicita, o intenta solicitar, recibir asistencia a través de nosotros y proporcionar información con la intención o el propósito de fraude o que resulte en un delito real de fraude por cualquier motivo, incluidos actos de negligencia intencionales o no intencionales, ya sea intencional o no, o de alguna manera demuestra o indica un intento de fraude, su información no médica se puede proporcionar a las autoridades legales, incluidos la policía, los investigadores, los tribunales y/o los abogados u otros profesionales legales, así como cualquier otra información permitida por la ley.

**Información que no recopilamos:** no utilizamos cookies en nuestro sitio web para recopilar datos de los visitantes de nuestro sitio. No recopilamos información sobre los visitantes del sitio, excepto que nuestro sitio web (www.emkeyarthritis.com) simplemente registra la cantidad de visitantes y ningún otro dato. Usamos algunos programas de afiliados que pueden o no capturar datos de tráfico a través de nuestro sitio. Para evitar la posible captura de datos, simplemente no haga clic en ninguno de nuestros enlaces de afiliados externos.

**Derecho limitado a usar información personal no identificable de biografías, cartas, notas y otras fuentes:** cualquier imagen, historia, carta, biografía, correspondencia o nota de agradecimiento que nos envíe se convierte en propiedad exclusiva de EAOC. Nos reservamos el derecho de utilizar información no identificable sobre nuestros clientes (aquellos que reciben servicios o bienes de nosotros o a través de nosotros) con fines promocionales y de recaudación de fondos que están directamente relacionados con nuestra misión.

Los clientes no serán compensados por el uso de esta información y no se utilizará ninguna información de identificación (fotos, direcciones, números de teléfono, información de contacto, apellidos o nombres identificables de manera única) sin el permiso previo expreso del cliente.

Puede solicitar específicamente que ninguna información se utilice con fines promocionales, pero debe identificar cualquier restricción solicitada por escrito. Respetamos su derecho a la privacidad y le aseguramos que ninguna información de identificación o fotos que nos envíe se utilizarán públicamente sin su consentimiento.

Permiso para dejar un mensaje de información médica detallada en: Hogar # \_\_\_\_\_ Celular # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Permiso para hablar con la(s) siguiente(s) persona(s) en relación con: cualquier parte de su información médica

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610  
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

## PÓLIZA FINANCIERA

Gracias por permitir que el equipo de Emkey Arthritis & Osteoporosis Clinic sea parte de su atención médica. Nos sentimos honrados y dedicados a brindarle la mejor atención posible. Le pedimos que lea las siguientes políticas y firme el reconocimiento a continuación.

### **Asegúrese de traer su(s) tarjeta(s) de seguro médico a cada visita**

**REFERENCIAS / AUTORIZACIONES:** Dado que somos una práctica especializada, su política de atención médica puede requerir una referencia de su médico de atención primaria y, si este es el caso, por favor obtenga su referencia y tráigala a su cita. Si no se puede obtener una remisión, es posible que tengamos que cancelar y reprogramar su cita hasta que se haya emitido una. Nuestro personal se encargará de obtener las autorizaciones previas necesarias para los servicios y/o medicamentos, sin embargo, esto no garantiza que su seguro cubrirá el costo.

**PLANES CON DEDUCIBLE ALTO:** Si participa en un plan de salud con deducible alto, y si su deducible no se alcanzó, le facturaremos a su seguro y recibirá un estado de cuenta del paciente con su parte del saldo adeudado.

**PLANES FUERA DE LA RED:** es su responsabilidad comprender sus beneficios fuera de la red. Se esperará el pago en el momento del servicio y le proporcionaremos una factura que puede enviar a su seguro para el reembolso.

**DENTRO DE LOS PLANES DE LA RED:** Estamos contratados con su seguro y se espera que le cobremos al momento del servicio cualquier copago y deducible. Para su comodidad, aceptamos pagos en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Esté preparado para pagar el día de su cita. Si tiene alguna pregunta sobre cuál sería su responsabilidad, puede comunicarse con su seguro.

**SALDOS DEL PACIENTE:** Le facturaremos cualquier coseguro del paciente, deducible y/o parte del miembro que su seguro indique que es su responsabilidad. Si recibe una declaración del paciente por correo, la oficina espera el pago completo dentro de los 30 días. Si no puede pagar en su totalidad, será su responsabilidad comunicarse con nuestra oficina de facturación para establecer un acuerdo de pago acordado. El teléfono de la oficina de facturación es 610 374-8133 opción 6. Si su factura no se paga durante más de 90 días, se suspenderán sus citas y su cuenta irá a cobranza. El garante acepta ser responsable de todos los costos de cobranza de los saldos impagos, incluidos, entre otros, el 1,5 % de interés (18 % anual), las tarifas de cobranza (hasta el 50 %), los costos judiciales y los honorarios razonables de abogados.

**CHEQUES DEVUELTOS:** Hay un cargo de \$45.00 por cada cheque devuelto.

**CANCELACIÓN DE CITAS:** se requiere un aviso de 24 horas si necesita cancelar o reprogramar su cita. Tenemos una extensa lista de espera, y esto permite que otros tengan la oportunidad de ser atendidos.

**CITAS PERDIDAS:** si no canceló 24 horas antes y perdió su cita, se le cobrará una tarifa de \$ 75.00 para pacientes establecidos y \$ 125.00 para pacientes nuevos cargados a su cuenta.

**TARIFAS DE TRANSFERENCIA DE REGISTROS MÉDICOS:** si solicita sus registros médicos, habrá una tarifa por cada página determinada por el Departamento de Salud de Pensilvania. Una vez que se reciba el pago, le enviaremos los registros dentro de los 5 días hábiles.

**FORMULARIOS ADICIONALES:** (es decir, formularios de incapacidad y licencia médica familiar, compensación de trabajadores y formularios de placa de estacionamiento) Hay un cargo por completar los formularios. Es \$10 por la primera página y \$5 por cada página a partir de entonces. Los formularios FMLA tienen un cargo de \$45. Los formularios se completarán al recibir el pago en efectivo, cheque o tarjeta de crédito.

### **MI FIRMA A CONTINUACIÓN RECONOCE LO SIGUIENTE:**

- **SOY RESPONSABLE DE CUALQUIER GASTO MÉDICO NO CUBIERTO POR MI PLAN DE SEGURO MÉDICO.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610

P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

**FORMULARIO DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE NUEVO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Años: \_\_\_\_\_ Genero: Masculino \_\_\_\_\_ Masculina \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa #: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil #: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (requerido para nuestro portal) \_\_\_\_\_

Estado de trabajo del paciente: Tiempo completo \_\_\_\_\_ Tiempo parcial \_\_\_\_\_ Alumno/a \_\_\_\_\_ Jubilado/a \_\_\_\_\_ Otro/a \_\_\_\_\_

Empleador del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

Estado civil del paciente: Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Apartado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_

Nombre de la esposa/o: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del esposo/a: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección del esposo/a: \_\_\_\_\_

Empleador del esposo/a: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Identificación #: \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Identificación #: \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Médico de familia: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Médico referente: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

¿Su visita está relacionada con un reclamo de seguro abierto por un accidente automovilístico o compensación laboral? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información: Fecha de la lesión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Transportista de reclamos: \_\_\_\_\_ Número de identificación del reclamo: \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del ajustador de reclamos: \_\_\_\_\_

Descripción de la lesión: \_\_\_\_\_

EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610

P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

FORMULARIO DE HISTORIAL DE PACIENTE NUEVO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Educacion: Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_ Post Grado \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ #de horas trabajados a la semana: \_\_\_\_\_

Referido Por (escoja uno): Simismo \_\_\_\_\_ Familia \_\_\_\_\_ Amigo/a \_\_\_\_\_ Doctor \_\_\_\_\_ Interi \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor/a que referio: \_\_\_\_\_

Doctor/a Primaria/o: \_\_\_\_\_

Usted tiene un Cirujano Ortopedico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Brevemente describa sus sintomas: \_\_\_\_\_

Fecha que empezaron sus sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Diagnostico: \_\_\_\_\_

Tratamiento Previamente(incluyen terapia fisica, cirujia, medicamentos y inyecciones): \_\_\_\_\_

Por favor indique todo los proveedores medicos que han tratado este problema: \_\_\_\_\_

Historia Medica (por favor indique todos los diagnosticos y problemas medicos en tratamiento):

\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ;

Historial de Cirujia (por favor indique cirujias previas, hospitals y razon para la cirujia y fechas aproximadas):

Historia Familiar (por favor indique historia medica de sus familias):

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Hermonos/a \_\_\_\_\_

# EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610

P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

## CONTINUACION DEL FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE NUEVO

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

### Historia Social

Cafeina: Si No Tazas por dia \_\_\_\_ Tipo: [ ] chocolate [ ] café [ ] bebidas energéticas [ ] soda [ ] té

Alcohol: Si No Promedio # de bebidas \_\_\_\_ [ ] diaria [ ] ocasionalmente [ ] raramente [ ] socialmente Tipo: [ ] cerveza [ ] licor [ ] vino

Consumo de tabaco: Si No Anterior Fecha de salida \_\_\_\_\_

Vapor de nicotina Si No En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Uso de drogas ilícitas Si No En caso afirmativo tipos de drogas \_\_\_\_\_

Ejercicio Si No En caso afirmativo tipos de ejercicio \_\_\_\_\_

Cuántas horas de sueño tienes por noche? \_\_\_\_\_

Te despiertas sintiendote descansado/a? [ ] Si [ ] No

Ha tenido alguna caída reciente? [ ] Si [ ] No

**Medicamentos** (enumere TODOS los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los de venta libre, vitaminas y suplementos):

Nombre \_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

**Alergias** (enumere todas las alergias y malas reacciones a medicamentos y productos médicos):

### Farmacia Preferida:

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ubicación de la farmacia: \_\_\_\_\_

### Cuando tuviste tu último/a:

Visita al PCP: \_\_\_\_\_ Escaneo DEXA: \_\_\_\_\_ Mamografía: \_\_\_\_\_

Examen de campo visual: \_\_\_\_\_ Prueba de tuberculosis/PPD: \_\_\_\_\_ Vacuna contra la gripe: \_\_\_\_\_

Vacuna contra la neumonía: Pneumo-Vax (primario/a) \_\_\_\_\_ Pevnar 13 (refuerzo) \_\_\_\_\_

### Vacuna para el COVID-19:

Fabricante: Moderna \_\_\_\_\_ Pfizer \_\_\_\_\_ Johnson & Johnson \_\_\_\_\_

Vacuna primaria: 1ra fecha de vacunación \_\_\_\_\_ Fecha de la 2.a vacuna \_\_\_\_\_

Refuerzo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

10

20

30

40

10/2023

# EMKEY ARTHRITIS AND OSTEOPOROSIS CLINIC

1200 Broadcasting Rd, Suite 200, Wyomissing, PA 19610  
P- 610 374-8133 F- 610 375-1206

## SYSTEMS REVIEW/REVISIÓN DE SISTEMAS

Name/Nombre \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_

### CONSTITUTIONAL/CONSTITUCIONAL

- Recent weight gain \_\_\_\_\_ lbs  
*Subida de peso reciente \_\_\_\_\_ libras*
- Recent weight loss \_\_\_\_\_ lbs  
*Perdida de peso reciente \_\_\_\_\_ libras*
- Fatigue/Fatiga
- Night sweats/Sudoras nocturnos
- Change in appetite  
*Cambio en el apetito*

### EYES/OJOS

- Pain/Dolor
- Redness/Enrojecimiento
- Loss of vision/Perdida de la vision
- Double blurred vision  
*Vision doble borrosa*
- Dryness/Sequedad
- Feels like object in eye  
*Se siente como un objeto en el ojo*
- Itchy eyes/Picazon en los ojos

### EARS/NOSE/ THROAT/ MOUTH

#### OIDOS/NARIZ/GARGANTA/BOCA

- Ringing in ears/Zumbidos en los oidos
- Loss of hearing/Perdida de audicion
- Nosebleeds/Hemorragias nasales
- Loss of smell/Perdida del olfato
- Tongue pain/Dolor de lengua
- Jaw pain with chewing  
*Dolor de mandibula al masticar*
- Bleeding gums/Sangrado de encias
- Sores in mouth/Llagas en la boca
- Dry mouth/Boca seca
- Frequent sore throats  
*Dolores de garganta frecuentes*
- Hoarseness of voice/Ronquera de la voz
- Difficulty swallowing/Dificultad para tragar

### CARDIOVASCULAR/CARDIOVASCULAR

- Chest pain/Dolor de pecho
- Irregular heart rate/Ritmo cardiaco irregular
- Sudden change in heartbeat  
*Cambio repentido en los latidos del corazon*
- High blood pressure/Presion arterial alta
- Heart murmurs/Soplos cardiacos
- Swollen legs or feet  
*Piernas o pies hinchados*
- Color change in hands/feet in cold  
*Cambio de color en manos/pies en frio*

- Excessive thirst/Sed excesiva

### MUSCULOSKELETAL/MUSCULOESQUELETICO

- Morning stiffness lasting how long? \_\_\_\_\_  
*Cuanto dura la rigidez matutina? \_\_\_\_\_*
- Joint pain/Dolor en las articulaciones
- Muscle weakness/Debilidad muscular
- Muscle tenderness/Sensibilidad muscular
- Joint swelling/Hinchazon de las articulaciones

### GASTROINTESTINAL/GASTROINTESTINAL

- Nausea/Nauseas
- Vomiting/Vomitos
- Stomach pain relived with food  
*Dolor de estomago que se alivia con la comida*
- Jaundice/Ictericia
- Increasing constipation  
*Aumento del estreñimiento*
- Persistent diarrhea/Diarrea persistente
- Blood in stools/Sangre en las heces
- Heartburn/Acidez estomacal

### GENITOURINARY/ GENITOURINARIO/A

- Difficulty urinating/Dificultad para orinar
- Pain or burning on urination  
*Dolor o ardor al orinar*
- Blood in urine/Sangre en la orina
- Cloudy urine/Orina turbia
- Pus in urine/Pus en la orina
- Discharge from penis/vagina  
*Secrecion del pene/vagina*
- Frequent nighttime urination  
*Miccion nocturna frecuente urinacion*
- Rash or ulcers/Ronchas o ulceras
- Sexual difficulties/Dificultades sexuales

### INTEGUMENTARY (skin/breast)

#### INTEGUMENTARIO (piel/mama)

- Easy bruising/Moretones faciles
- Redness/Enrojecimiento
- Rash/Ronchas
- Hives/Urticaria
- Sun sensitivity/Sensibilidad al sol
- Tightness of skin/Tirantez de la piel
- Nodules/ bumps/Nodulos/protuberancias
- Hair loss/Perdida de cabello
- Changes to nails/Cambios en las uñas

- Age of onset or period \_\_\_\_\_  
*Edad de inicio del periodo \_\_\_\_\_*

- Periods regular?/Periodos regulares? \_\_\_\_\_

- Every how many days? \_\_\_\_\_  
*Cada cuantos dias? \_\_\_\_\_*

- Date of last period? \_\_\_\_\_

*Fecha del ultimo periodo? \_\_\_\_\_*

- Date of last PAP? \_\_\_\_\_  
*Fecha del ultimo PAP? \_\_\_\_\_*

- Bleeding after menopause? \_\_\_\_\_  
*Sangrado despues de la menopausia? \_\_\_\_\_*

- # Pregnancies \_\_\_\_\_ # Miscarriages \_\_\_\_\_  
*# Embarazos \_\_\_\_\_ # Abortos natural \_\_\_\_\_*

### NEUROLOGICAL/ NEUROLOGICO/A

- Headaches/Dolores de cabeza
- Dizziness/Mareos
- Fainting/Desmayo
- Muscle Spasms/Espasmos musculares
- Loss of consciousness  
*Perdida del conocimiento*
- Numbness/tingling hand or feet  
*Entumecimiento/hormigueo en mano o pies*
- Memory loss/Perdida de memoria

### PSYCHIATRIC/PSIQUIATRICO/A

- Excessive worry/preocupacion excesiva
- Anxiety/Ansiedad
- Depression/Depresion
- Difficulty falling asleep  
*Dificultad para conciliar el sueño*
- Difficulty staying asleep  
*Dificultad para quedarse dormido/a*

### RESPIRATORY/ RESPIRATORIO/A

- Shortness of breath/Dificultad para respirar
- Difficulty breathing at night  
*Dificultad para respirar por la noche*
- Cough/Tos
- Coughing up blood/Tos con sangre
- Wheezing/Sibilancias

### HEMATOLOGY/LYMPHATIC

#### HEMATOLOGIA/LINFATICO

- Swollen glands/Glandulas inflamadas
- Tender glands/Glandulas sensibles
- Bleeding tendency/Tendencia al sangrado
- Transfusion date \_\_\_\_\_  
*Fecha de transfusion \_\_\_\_\_*

Physician's Initial's \_\_\_\_\_