

REGISTRO DE ANTECEDENTES Y LABORATORIOS
Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA)

Código:

EA1:	EA2:	EA3:	EA4:
Apellidos y nombres:			Fecha de registro:
Documento de Identidad:	Documento del Probando:		Tipo de Sujeto (relación con probando)*:
Sexo: F:___ M:___	Vivo: Sí:___ No:___		Procedencia:
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:	Edad Actual:	
Escolaridad en años:	Teléfonos:		
Email:		Dirección:	
Estrato:	Grupo Tratante:	Aseguradora:	
Tipo de Vinculación: Contributivo: ___ Subsidiado: ___ Vinculado: ___ Otro: ___			Medicina Prepagada: Si: ___ No: ___

1. Estado Civil

Soltero
 Casado
 Viudo
 Divorciado
 Pareja Estable
 Niño, no aplica

2. Ocupación

Manual Exclusivo
 Intelectual Exclusivo
 Mixto
 Ama de Casa
 Desempleado
 Pensionado
 Estudiante

7. Antecedentes Comorbilidad

Niega ___ Año de inicio

Diabetes	
Dislipidemia	
Enfermedad Renal	
Ulceras Cutáneas	
Anemia	
Osteoporosis	
Fibromialgia	
Depresión	
Epilepsia	
Enf. Periodontal	
Enf. Acido Péptica	
Neoplasia	
EPOC	

3. Tabaco

Nunca
 Exfumador
 1-5 paq/año
 6-15 paq/año
 +de 15 paq/año
 Año comienzo
 Año finalización

Fuma actual: Si ___ No ___

5. Agentes Tóxicos y Drogas

	Año
Cocaína	
Marihuana	
Implantes de silicona	
Disolventes orgánicos	
Tintes de cabello	
Pesticidas	
Tóxicos: Si ___ No ___	

8. Enfermedad Cardiovascular

Año de inicio

Hipertensión	
Enf. Arterial Oclusiva	
Accidente Cerebrovasc	
Tromboembolismo Venos	
Enf. Carotídea	
Enf. Coronaria	
Enf. Cardiovascular: Si ___ No: ___	

4. Café

Nunca
 Exbebedor
 < 1 taza/día
 1 taza/día
 2-4 tazas/día
 + de 4 tazas/día
 Año comienzo

Descafeinado Si ___ No ___
 Bebe actual: Si ___ No ___

6. Agentes Infecciosos

	Año de Inicio
Malaria	
Tuberculosis	
Hepatitis A	
Hepatitis B	
Hepatitis C	
VIH	
Otras: _____	
Infecciones: Si: ___ No: ___	

9. Obstétricos

Fórmula: G _ P _ C _ A _ O _ M _ E _ V _
 # Abortos espontáneos: _____
 Preeclampsia: Si: ___ No: ___
 Partos Prematuros: Si: ___ No: ___

10. Factores de Riesgo CV

TAS	
TAD	
Peso	
Talla	
IMC	
Cintura	
Cadera	
Índice CC	
Obesidad Abd.	
Actividad física	
ECV familia	

11. Otros Antecedentes:

Patológicos: _____

 Quirúrgicos: _____

 Transfusionales: _____

 Alergicos: _____

 Hospitalarios: _____

12. Auditoria

Incluido	
Muestra	
Consentimiento	
Institución inclusión	
Poliautoinmunidad (PAI)	
MAS	
Autoinmunidad Familiar	
Familia Extrema	
Enf. Autoinmune Familiar	
Firma Responsable	

REGISTRO DE ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS
Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA)

Grupo Farmacológico	Medicamento	Tto Actual	Tto Previo	Comentarios
Osteoporosis	Alendronato			
	Zolendronato			
	Ibandronato			
	Risendronato			
	Etidronato			
	Otro:			
Otros	Acetaminofén			
	AINES Cox1-Cox2			
	AINES-Cox2			
	AINES+Opioides			
	Ácido fólico			
	Alopurinol			
	Antihistamínicos			
	Anticonvulsivantes			
	Antidepresivos/Ansiolíticos			
	Calcio + Vitamina D			
	Calcitriol			
	Colchicina			
	Colirios			
	Inhibidores Bomba protones			
Opioides				
Anticoagulantes/Antiagregantes	Heparina Bajo Peso Molecular			
	Fondaparinux			
	Warfarina			
	Rivaroxaban			
	Dabigatran			
	Apixaban			
	Epixaban			
	ASA			
	Clopidogrel			
	Otro			
Hipertensión Pulmonar	Análogos de Prostaglandinas			
	Inhibidores de la 5 PPD			
	Antagonistas Endotelina1			
	ACC			
	Otro			
Antihipertensivos	IECA/ARA-II			
	Diuréticos			
	ACC			
	Beta-bloqueador			
	Antagonista Alfa-1			
	Agonista Alfa-2			
	Minoxidil			
	Otro			
Hipolipemiantes	Estatinas			
	Fibratos			
	Otro			
Hipoglicemiantes	Combinaciones			
	Insulina			
	Biguanida (Metformina)			
	Sulfonilureas			
Suplencia tiroidea	Levotiroxina, Eutirox, Synthoid, Otro			
Suplencia Hormonal	Cuál?			
Medicina Alternativa	Cuál?			