

Today's Date _____



LYMEXICO
DR. OMAR MORALES

Lyme disease is an illness that's caused by bacteria carried by infected ticks. Signs and symptoms of the disease can manifest and vary over time. To help us better understand your current condition and streamline your initial consult, please fill out the following form. In the event that you do not recall being exposed to a tick and are unsure about your current condition, please skip over questions that do not pertain to you and continue to fill out the form as we may still be able to provide treatment options for you.

Patient Information

Name _____ Date of Birth _____
Current residence _____ Telephone No. _____

Tick Bite Details

Do you remember getting a tick bite? Yes No
Date of bite? _____
State where bitten? _____
Was the tick attached to your body when found? Yes No
How long before it was removed? _____
Was the tick identified? Yes No If yes, type of tick? _____
Symptoms after the tick bite: _____
Generalized date of onset of symptoms? _____

Dermatological

Was there a rash at the bite site? Yes No
If yes, describe the rash: _____
How long after the bite did the rash occur? _____
Duration of rash? _____
Was there a "Bulleseye" lesion? Yes No Duration? _____

Have you been diagnosed with any of the following?

Please place a check mark beside all that pertain to you:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ALS | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease | <input type="checkbox"/> Iritis Anemia |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis |
| <input type="checkbox"/> Bakers Cysts (behind knee) | <input type="checkbox"/> Polymyalgia Rheumatica |
| <input type="checkbox"/> Bell's Palsy | <input type="checkbox"/> Prostatitis |
| <input type="checkbox"/> Bursitis (where? _____) | <input type="checkbox"/> Psoriasis/Eczema |
| <input type="checkbox"/> Carpal Tunnel Syndrome | <input type="checkbox"/> Stroke /Permanent/Temporary |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Tendonitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> TMJ |
| <input type="checkbox"/> Encephalitis | |

Children Questions

Decreased interest in playing? Yes No
Poor school performance? Yes No
When did he/she start whimpering/whining? _____



LYMEXICO
DR. OMAR MORALES

Clinical Signs and Symptoms

Please place a check mark beside all that pertain to you. For ones that you may be unsure about, place a question mark and your doctor will evaluate response with you.

General

- Fatigue
- Fevers high
- Flu-like symptoms
- Loss of appetite
- Hair loss
- Night sweats
- Unexplained chills or sweat
- Unexpected weight loss
- Other _____

Eyes, Ears, Nose & Throat

- Blurred vision
- Conjunctivitis
- Difficulty swallowing
- Diminished peripheral vision
- Double vision horizontal vertical
- Drooping eyelids
- Earache
- Eye discharge
- Eye pain
- Flashing lights
- Floaters
- Frequent sore throats
- Lazy eye
- Light sensitivity
- Loss of voice/prolonged hoarseness
- Optic atrophy
- Pressure behind the eyes
- Retinal damage
- Sinus trouble or congestion
- Spots
- Uveitis (inflammation of eyes)
- Vision loss/blindness
- Ringing in the ears
- Hearing loss/deafness: one ear both
- Other _____

Skin

- Chronic dry skin
- Itching
- Jaundice (yellow skin)
- Skin rashes
- Suspicious moles or other skin abnormalities

Heart and Lung

- Abnormal echocardiogram
- Chest pain tightness
- Chronic wheezing
- Cough dry productive blood
- EKG abnormalities
- Excessive phlegm
- Heart attack
- Heart palpitations
- Increased blood pressure
- Mitral valve prolapse
- Shortness of breath
- Other _____

Endocrine

- Cold or heat intolerance
- Excessive appetite
- Excessive thirst
- Significant weight change

Musculoskeletal

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Back | <input type="checkbox"/> pain | <input type="checkbox"/> stiffness |
| <input type="checkbox"/> Elbow | <input type="checkbox"/> pain | <input type="checkbox"/> swelling |
| <input type="checkbox"/> Feet/ankle | <input type="checkbox"/> pain | <input type="checkbox"/> swelling |
| <input type="checkbox"/> Hand | <input type="checkbox"/> pain | <input type="checkbox"/> swelling |
| <input type="checkbox"/> Hip(s) | <input type="checkbox"/> pain | <input type="checkbox"/> swelling |
| <input type="checkbox"/> Jaw | <input type="checkbox"/> pain | <input type="checkbox"/> stiffness |
| <input type="checkbox"/> Joint pain | <input type="checkbox"/> pain | <input type="checkbox"/> swelling |
| <input type="checkbox"/> Knee | <input type="checkbox"/> pain | <input type="checkbox"/> swelling |
| <input type="checkbox"/> Leg aches | | |
| <input type="checkbox"/> Loss of muscle tone | | |
| <input type="checkbox"/> Muscle cramps | <input type="checkbox"/> stiffness | <input type="checkbox"/> weakness |
| <input type="checkbox"/> Muscle | <input type="checkbox"/> pain | <input type="checkbox"/> aching |
| <input type="checkbox"/> Neck pain | | |
| <input type="checkbox"/> Shoulder | <input type="checkbox"/> pain | <input type="checkbox"/> swelling |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | |

Hematological/Lymphatic

- Excessive bruising or bleeding
- Swollen glands in neck, armpits or groin



LYMEXICO
DR OMAR MORALES

Neurological & Psychological

- Abnormal EGG
- Anxiety attacks
- Burning sensation external internal
- Change in smell taste
- Chewing swallowing
- Confusion
- Decreased concentration
- Dementia
- Depression/sadness
- Dizziness fainting vertigo
- Fatigue
- Hallucinations
- Headache mild severe
- Involuntary jerking
- Irritability
- Memory problems
- Meningitis
- Mood swings
- Motion sickness
- Muscle twitching
- Nightmares
- Numbness
(where? _____)
- Obsessive/compulsive behavior
- Panic attacks
- Paranoia
- Partial paralysis
(where? _____)
- Personality change
- Phobias/unexplained fears
- Poor balance or difficulty walking
- Seizures/convulsions
- Sleep disturbances: difficulty falling asleep
- Sleep disturbances: waking frequently
- Suicidal
- Tearfulness
- Tingling
(where? _____)
- Tremors or hands shaking
- Weakness of limbs
- Unable to move parts of your body at times
- Unusual clumsiness
- Other _____

Allergic/Immunologic

- Hay fever
- Hives
- Susceptible to infections
- Other _____

Gastrointestinal & Urinary

- Abdominal pain
- Blood in urine
- Bloody or very black stool
- Change in appearance of stool
- Constipation
- Diarrhea
- Diverticulosis
- Irritable bladder
- Liver enlargement
- Nausea
- Spleen enlargement
- Tenderness in abdomen
- Urinary frequency retention
- Vomiting
- Other _____

Reproductive

- Breast infections mass tenderness
- Genital sores
- Loss of libido (sex drive/decreased activity)
- Menstrual irregularities
- Nipple discharge
- Pelvic pain
- PMS
- Unusual vaginal discharge
- Other _____



LYMEXICO
DR OMAR MORALES

Any other symptoms doctor should be aware of?

Abnormal Lab Results

Please place a check mark beside all that pertain to you and document date & lab

	DATE	LAB
<input type="checkbox"/> Positive Lyme ELISA	_____	_____
<input type="checkbox"/> Positive Lyme Western Blot	_____	_____
<input type="checkbox"/> IgG	_____	_____
<input type="checkbox"/> IgM	_____	_____
<input type="checkbox"/> Positive Lyme PCR	_____	_____
<input type="checkbox"/> Positive Lyme Urine Antigen (LUAT)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Positive LDA	_____	_____
<input type="checkbox"/> Other positive Lyme test(s)	_____	_____
	_____	_____
<input type="checkbox"/> Positive Babesia test	_____	_____
<input type="checkbox"/> Positive Ehrlichia tests	_____	_____
<input type="checkbox"/> Positive Bartonella test	_____	_____
<input type="checkbox"/> Elevated liver enzymes	_____	_____
<input type="checkbox"/> Eosinophilia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Elevated ANA	_____	_____
<input type="checkbox"/> Elevated SED rate	_____	_____
<input type="checkbox"/> Elevated cholesterol	_____	_____
<input type="checkbox"/> Antcardiolipin	_____	_____
<input type="checkbox"/> Elevated Rheumatoid Factor	_____	_____
<input type="checkbox"/> VDRL (Syphillis)	_____	_____
List all other tests to substantiate diagnosis		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Other important information:

Fecha: _____



LYMEMEXICO
DR. OMAR MORALES

La enfermedad de Lyme es una enfermedad causada por las bacterias de una garrapata infectada. Los signos y síntomas de la enfermedad pueden manifestarse y variar con el tiempo. Para ayudarnos a entender mejor su condición actual y agendar su consulta inicial, por favor llene la siguiente forma. En caso de no haber estado expuesto ante un piquete de garrapata o está usted inseguro de sus respuestas, por favor sólo conteste las preguntas que crea pertinentes, aún así podemos proveerle algunas opciones de tratamiento para usted.

Información de paciente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Domicilio _____ Teléfono _____

Detalles de la picadura de garrapata

¿Recuerda haber sido picado por una garrapata? Sí No

Fecha de la picadura _____

¿En qué lugar (estado/ciudad) lo picó? _____

¿Estaba incrustada en su cuerpo cuando la encontró? Sí No

¿Cuánto tiempo pasó antes de removerla? _____

¿Fue identificada la garrapata? Sí No ¿Qué tipo de garrapata fue? _____

Síntomas después del piquete de garrapata: _____

Fecha en que iniciaron los síntomas _____

Dermatológico

¿Tuvo una erupción/sarpullido en el sitio de la picadura? Sí No

Describe la marca que quedó: _____

¿En cuanto tiempo apareció la erupción/sarpullido después de la picadura? _____

¿Cuánto tiempo duró? _____

¿Hubo una lesión roja en forma de círculo? Sí No ¿Cuánto tiempo duró? _____

¿Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades?

Por favor marque la enfermedad con la que fue diagnosticado.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Esclerosis Lateral Amiotrófica | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Polimialgia Reumática |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Prostatitis |
| <input type="checkbox"/> Quiste de Baker (Detrás de la rodilla) | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Parálisis de Bell | <input type="checkbox"/> Encefalitis |
| <input type="checkbox"/> Bursitis ¿En dónde? _____ | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Túnel Carpiano | <input type="checkbox"/> Tendinitis |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno de la articulación temporomandibular |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | |

Preguntas para niños

¿Disminución de interés en jugar? Sí No

¿Desempeño escolar bajo? Sí No

¿Cuándo empezó a quejarse / llorar? _____



LYMEMEXICO
DR. OMAR MORALES

Síntomas y señales clínicas

Por favor marque los síntomas que usted tiene actualmente. Para síntomas de los que usted no está seguro puede marcar con un símbolo de pregunta y el doctor evaluará y le ayudará a responder.

General

- Fatiga
- Fiebre alta
- Síntomas de resfriado
- Pérdida del apetito
- Caída de cabello
- Sudoración por las noches
- Escalofríos o sudoración inexplicables
- Pérdida de peso inesperado
- Otros _____

Ojos, Oídos, Nariz y Garganta

- Visión borrosa
- Conjuntivitis
- Dificultad para tragar
- Disminución visión periférica
- Visión doble horizontal / vertical
- Párpados caídos
- Dolor en los oídos
- Secreción ocular
- Dolor en los ojos
- Luces parpadeantes
- Miodesiopsias
- Frecuente dolor de garganta
- Vista cansada
- Sensibilidad a la luz
- Pérdida de voz / Ronquera prolongada
- Atrofia óptica
- Presión en la parte de atrás de los ojos
- Daño en la retina
- Problemas o congestión sinusal
- Manchas
- Uveítis (inflamación de los ojos)
- Pérdida de la visión/ceguera
- Zumbido en los oídos
- Pérdida de audición/sordera: un oído ambos
- Other _____

Piel

- Piel seca crónica
- Comezón
- Ictericia (piel amarilla)
- Erupciones / Salpullido en la piel
- Lunares sospechosos

Corazón y Pulmones

- Ecocardiograma resultado anormal
- Dolor u opresión en el pecho
- Sibilancias crónicas
- Tos seca con sangrado
- Anormalidades en electrocardiograma
- Flema excesiva
- Ataque al corazón
- Taquicardias
- Aumento en la presión sanguínea
- Prolapso de la válvula mitral
- Dificultad para respirar
- Otros _____

Sistema Endocrino

- Intolerancia a lo frío y/o caliente
- Apetito excesivo
- Sed excesiva
- Cambios en el peso significativos

Músculo - Esqueletal

- | | | |
|--|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Rigidez |
| <input type="checkbox"/> Codos | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Pies / Tobillos | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Manos | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Caderas | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Mandíbula | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Rigidez |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Rodillas | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pierna | | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del Tono Muscular | | |
| <input type="checkbox"/> Calambres Musculares | <input type="checkbox"/> Rigidez | <input type="checkbox"/> Debilidad |
| <input type="checkbox"/> Dolor en Músculos | | |
| <input type="checkbox"/> Dolor del Cuello | | |
| <input type="checkbox"/> Hombros | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | | |

Linfático / Hematológico

- Hematomas excesivos o sangrado
- Glandulas del cuello, axilas e ingles inflamadas



LYMEMEXICO
DR OMAR MORALES

Neurológico y Psicológico

- Electroencefalografía con resultados anormales
- Ataques de ansiedad
- Sensación de ardor extrno/interno
- Cambios en el sentido del olfato
- Problemas para masticar y/o tragar
- Confusión
- Problemas de concentración
- Demencia
- Depresión / tristeza
- Mareos, desmayos y/o vértigo
- Fatiga mental
- Alucinacione
- Dolor de cabeza moderado / severo
- Movimientos involuntarios
- Irritabilidad
- Problemas de memoria
- Meningitis
- Cambios de humor
- Cambios en los sentidos del olfato y gusto
- Calambres musculares
- Pesadillas
- Entumecimiento / adormecimiento
¿En dónde? _____
- Comportamiento obsesivo / compulsivo
- Ataques de pánico
- Paranoia
- Parálisis parcial
¿En dónde? _____
- Cambios de personalidad
- Fobias / miedos inexplicables
- Problemas de equilibrio / dificultad para caminar
- Convulsiones
- Transtornos del sueño: dificultad para dormirse
- Transtornos del sueño: despertar con frecuencia
- Pensamientos suicidas
- Llanto
- Hormigueo
¿En dónde? _____
- Temblores / temblor en las manos
- Debilidad en las extremidades
- Perdida del movimiento en partes del cuerpo
ocasionalmente
- Torpeza inusual
- Otros _____

Alergias / Inmunológico

- La fiebre del heno
- Urticaria
- Susceptibilidad a infecciones
- Otros _____

Gastrointestinal / Urinario

- Dolor abdominal
- Sangrado al orinar
- Evacuaciones con sangre y/o oscuras
- Cambio en la apariencia de las heces
- Estreñimiento
- Diarrea
- Diverticulosis
- Vejiga irritable
- Crecimiento del hígado
- Nauseas
- Crecimiento del bazo
- Abdomen tenso
- Frecuente retención urinaria
- Vómito
- Otros _____

Reproductivo

- Llagas genitales
- Pérdida del líbido
- Irregularidades en la mensstruación
- Dolor en la pelvis
- Síndrome premenstrual SPM
- Secreciones vaginales inusuales
- Otros _____

Senos

- Infecciones
- Bultos / Protuberancias
- Secreción en los pezones
- Sensibilidad
- Otros _____



¿Algún otro síntoma importante?

Resultados de laboratorio

Por favor marque el examen de laboratorio se haya realizado y escriba la fecha y el laboratorio correspondientes

	FECHA	LABORATORIO
<input type="checkbox"/> Lyme Positivo ELISA	_____	_____
<input type="checkbox"/> Lyme Positivo Western Blot	_____	_____
<input type="checkbox"/> IgG	_____	_____
<input type="checkbox"/> IgM	_____	_____
<input type="checkbox"/> Lyme Positivo PCR	_____	_____
<input type="checkbox"/> Lyme Positivo Antígeno Orina	_____	_____
<input type="checkbox"/> Positivo LDA	_____	_____
<input type="checkbox"/> Lyme Positivo otro examen	_____	_____
 	_____	_____
<input type="checkbox"/> Examen Babesia Positivo	_____	_____
<input type="checkbox"/> Examen Ehrlichia Positivo	_____	_____
<input type="checkbox"/> Examen Bartonella Positivo	_____	_____
<input type="checkbox"/> Enzimas del Hígado Elevadas	_____	_____
<input type="checkbox"/> Eosinofilia	_____	_____
<input type="checkbox"/> ANA Elevados	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tasa de SE Elevada	_____	_____
<input type="checkbox"/> Colesterol Elevado	_____	_____
<input type="checkbox"/> Anticardiolipina	_____	_____
<input type="checkbox"/> Factor Reumatoide Elevado	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sífilis VDRL	_____	_____
Enumere todas las demás pruebas para justificar el diagnóstico		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Otra información importante: