

Do not write, stamp,  
punch holes or affix a  
sticker in this area.

Direction of Feed

# Revisión de los Sistemas

Favor de contestar todas las preguntas.

To reproduce, follow the  
printing instructions.  
Do not fold this form.

## Instrucciones

Favor de usar un lápiz #2 llenar  
todo el óvalo como se muestra...



POR FAVOR IMPRIME EL APELLIDO DEL PACIENTE

IMPRIME EL PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

MES

DÍA

AÑO

Favor de marcar sólo los síntomas que **ACTUALMENTE** tiene.  
Marcar todos los que apliquen --- si no hay síntomas favor de marcar "NINGUNO".

<b>General</b>	fiebre <input type="checkbox"/>	pérdida de peso <input type="checkbox"/>	infecciones persistentes <input type="checkbox"/>	
	fatiga <input type="checkbox"/>	aumento de peso <input type="checkbox"/>		NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>Ojos</b>			anteojos / lentes de contacto <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>Oído, Naríz, Garganta</b>		pérdida de la audición <input type="checkbox"/>	sinusitis <input type="checkbox"/>	
		alergias estacionales <input type="checkbox"/>	ulceras orales <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>Cardiovascular</b>	dolor de pecho <input type="checkbox"/>	palpitaciones <input type="checkbox"/>	difficultad para respirar al hacer esfuerzo <input type="checkbox"/>	
	falta de aliento <input type="checkbox"/>	hinchazón en manos / pies <input type="checkbox"/>		NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>Respiratorio</b>		difficultad para respirar <input type="checkbox"/>	tos crónica <input type="checkbox"/>	
		sibilancia <input type="checkbox"/>	toser sangre <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>Seno</b>	masa / tumor mamario <input type="checkbox"/>	dolor de seno <input type="checkbox"/>	secreción del pezón <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>Gastrointestinal</b>	nausea <input type="checkbox"/>	constipación <input type="checkbox"/>	sangrado en las heces <input type="checkbox"/>	indigestión <input type="checkbox"/>
	vómito <input type="checkbox"/>	diarrea crónica <input type="checkbox"/>	hemorroides <input type="checkbox"/>	
	cambio en el hábito de heces <input type="checkbox"/>	dolor abdominal <input type="checkbox"/>	exeso de gas <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>Genitourinario Femenino (Solo Mujeres)</b>		sequedad vaginal <input type="checkbox"/>	dolor al orinar <input type="checkbox"/>	dolor pélvico <input type="checkbox"/>
	frecuencia urinaria <input type="checkbox"/>	flujo vaginal <input type="checkbox"/>	menstruación dolorosa <input type="checkbox"/>	sangre en <input type="checkbox"/>
	urgencia urinaria <input type="checkbox"/>	picação o ardor vaginal <input type="checkbox"/>	menstruación irregular <input type="checkbox"/>	la orina <input type="checkbox"/>
	micción excesiva durante la noche <input type="checkbox"/>	dolor durante el coito <input type="checkbox"/>	escape de orina <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>Genitourinario Masculino (Solo Hombres)</b>		frecuencia urinaria <input type="checkbox"/>	masa testicular <input type="checkbox"/>	escape de orina <input type="checkbox"/>
	dolor al orinar <input type="checkbox"/>	urgencia urinaria <input type="checkbox"/>	dolor testicular <input type="checkbox"/>	
	cambio en el flujo de la orina <input type="checkbox"/>	impotencia <input type="checkbox"/>	lesiones en el pene <input type="checkbox"/>	
	micción excesiva durante la noche <input type="checkbox"/>	secreción uretral <input type="checkbox"/>	sangre en la orina <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>Musculoesqueléticos</b>	dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/>	dolor muscular <input type="checkbox"/>	debilidad muscular <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>La Piel</b>	piel seca <input type="checkbox"/>	erupciones <input type="checkbox"/>	nuevo dolor / lesión <input type="checkbox"/>	
	cambio en verruga o lunar <input type="checkbox"/>	urticaria <input type="checkbox"/>	úlceras cutáneas <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>Neurológicos</b>	desmayo <input type="checkbox"/>	entumecimiento <input type="checkbox"/>	ataques <input type="checkbox"/>	
	disminución de la memoria <input type="checkbox"/>	difficultad para caminar <input type="checkbox"/>	dolores de cabeza <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>Psiquiátrico</b>	ansiedad <input type="checkbox"/>	llanto frecuente <input type="checkbox"/>	temeroso <input type="checkbox"/>	
	cambio temeroso en el patrón de sueño <input type="checkbox"/>	depresión <input type="checkbox"/>		NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>Endocrino</b>	cambios en el cabello <input type="checkbox"/>	intolerancia al calor <input type="checkbox"/>	intolerancia al frío <input type="checkbox"/>	
			bochornos <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
<b>Hemo / Linfática</b>	moretones de fácil aparición <input type="checkbox"/>	sangrado excesivo <input type="checkbox"/>	problemas de la glándula <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>