

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

Revisión de sistemas

Por favor conteste todas las preguntas

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

Instrucciones sobre como escribir

Por favor use un lápiz #2
Llene el óvalo completamente



Escriba el apellido del paciente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Escriba el primer nombre del paciente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de nacimiento

--	--	--	--	--	--	--	--

Mes Día Año

Primera visita: Marque todos los síntomas que tenga

Visitas subsiguientes: Marque los síntomas que experimenta desde la ultima visita

Marque todos los correspondientes. Si no tiene síntomas, ponga ninguno

GENERAL

- | | |
|---|---|
| Fiebre <input type="checkbox"/> | Aumento de peso <input type="checkbox"/> |
| Perdida de apetito <input type="checkbox"/> | Perdida de peso <input type="checkbox"/> |
| Escalofríos <input type="checkbox"/> | Transpiración excesiva <input type="checkbox"/> |
| | Sentirse enfermo <input type="checkbox"/> |
| | Nada <input type="checkbox"/> |

VISIÓN

- | | |
|---|---|
| Perdida de visión -1 ojo <input type="checkbox"/> | Visión borrosa <input type="checkbox"/> |
| Perdida de visión -2 ojos <input type="checkbox"/> | Descarga o secreciones <input type="checkbox"/> |
| "Halos" cuando mira la luz <input type="checkbox"/> | Irritación de los ojos <input type="checkbox"/> |
| Visión doble <input type="checkbox"/> | Dolor de ojos <input type="checkbox"/> |
| | Sensibilidad a la luz <input type="checkbox"/> |
| | Nada <input type="checkbox"/> |

OÍDOS / NARIZ / GARGANTA

- | | |
|---|--|
| Zumbidos en los oídos <input type="checkbox"/> | Congestión nasal <input type="checkbox"/> |
| Disminución de la audición <input type="checkbox"/> | Ronquera <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> | Dolor de oídos <input type="checkbox"/> |
| Secreciones de los oídos <input type="checkbox"/> | Sangrado nasal <input type="checkbox"/> |
| | Dolor de garganta <input type="checkbox"/> |
| | Nada <input type="checkbox"/> |

CARDIOVASCULAR

- | | |
|--|---|
| Dificultad para respirar a la noche <input type="checkbox"/> | Palpitaciones <input type="checkbox"/> |
| Palpitaciones / latidos adelantados <input type="checkbox"/> | Fatiga <input type="checkbox"/> |
| Falta de aire al caminar <input type="checkbox"/> | Dolor o discomfort en el pecho <input type="checkbox"/> |
| Falta de aire al acostarse <input type="checkbox"/> | Mareos <input type="checkbox"/> |
| Color azul de labios <input type="checkbox"/> | Hinchazón de manos <input type="checkbox"/> |
| Semi - desmayo <input type="checkbox"/> | Hinchazón del tobillo <input type="checkbox"/> |
| Desmayo <input type="checkbox"/> | Calambres o dolor al caminar <input type="checkbox"/> |
| | Nada <input type="checkbox"/> |

RESPIRATORIO

- | | |
|---|--|
| Dificultad para dormir por problemas de la respiración <input type="checkbox"/> | Dolor de pecho <input type="checkbox"/> |
| Toser con sangre <input type="checkbox"/> | Ronquidos excesivos <input type="checkbox"/> |
| Expectoración excesiva <input type="checkbox"/> | Falta de aire <input type="checkbox"/> |
| Tos <input type="checkbox"/> | Sibilancias <input type="checkbox"/> |
| | Nada <input type="checkbox"/> |

GATROINTESTINAL

- | | |
|---|---|
| Apetito excesivo <input type="checkbox"/> | Gas <input type="checkbox"/> |
| Vomitar sangre <input type="checkbox"/> | Hemorroides <input type="checkbox"/> |
| Piel amarilla <input type="checkbox"/> | Constipación <input type="checkbox"/> |
| Distensión abdominal <input type="checkbox"/> | Indigestión <input type="checkbox"/> |
| Cambios en los hábitos del intestino <input type="checkbox"/> | Vómitos <input type="checkbox"/> |
| Sangre en materia fecal <input type="checkbox"/> | Dolor abdominal <input type="checkbox"/> |
| Perdida de apetito <input type="checkbox"/> | Diarrea <input type="checkbox"/> |
| Nausea <input type="checkbox"/> | Material fecal negra <input type="checkbox"/> |
| | Nada <input type="checkbox"/> |

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

Revisión de sistemas

Por favor conteste todas las preguntas

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

GENITOURINARIO

Excesiva frecuencia urinaria por la noche
Sangre en la orina
Falta de libido
Excesiva frecuencia urinaria

Dificultad para iniciar la micción
Dificultad para controlar la vejiga
Excesivo sangrado menstrual
Otros sangrados vaginales

Nada

MUSCULO-ESQUELÉTICO

Inflamación de articulaciones
Rigidez
Gota
Dolor de articulaciones
Dolor de espalda

Dolores musculares
Calambres musculares
Artritis
Debilidad muscular
Perdida de fuerza

Nada

PIEL

Dificultad para curar heridas
Picazón
Erupciones
Sudoración nocturna
Sequedad

Coloración roja
Cáncer de piel
Lesiones sospechosas
Distribución inusual del pelo
Cambios del color de la piel

Nada

NEUROLÓGICO

Dolores de cabeza
Imposibilidad de hablar
Parálisis de miembros
Debilidad de las extremidades
Hormigueos
Falta de balance
Falta de sensación

Temblores
Falta de memoria
Dificultad para concentrarse
Dificultad en la coordinación
Caídas
Convulsiones
Sensación de rotación

Nada

PSIQUIÁTRICO

Pensamientos suicidas
Pensamientos violentos
Ansiedad

Depresión
Sensación de peligro
Excesivo sueño durante el día
Visiones o sonidos de terror

Nada

ENDOCRINO

Intolerancia al frío
Intolerancia al calor

Sed excesiva
Hambre excesivo o alteración del apetito

Nada

HEMATOLÓGICO / LINFÁTICO

Decoloración de la piel
Sangrado

Ganglios inflamados
Excesivo sangrado en la piel

Nada

ALERGIA / INMUNOLÓGICO

Alergias estacionales
Rush / picazón

Infecciones persistentes
HIV

Nada