

## Instrucciones

Favor de usar un lápiz #2.

Lenar todo el ovalo como se muestra...



POR FAVOR ESCRIBA EL APELLIDO DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE

POR FAVOR ESCRIBA EL PRIME NOBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE

FECHA DE NACIMIENTO

Mes

Día

Año

Por favor marque solamente los síntomas que esta experimentando **ACTUALMENTE**.

Marque todo lo que aplique. Si no tiene síntomas, marque "NINGUNA".

### General

Fiebre

Escalofríos

NINGUNA

### Piel

Erupciones

Fácil Aparición de Moretones

NINGUNA

### Cabeza, Oídos, Ojos, Nariz, y Garganta

Visión Borrosa

Dolor de Cabeza

Migraña

NINGUNA

### Corazón

Dolor de Pecho

Hipertensión

NINGUNA

### Pulmones

Tos

Tos con Sangre

NINGUNA

### Gastrointestinal

Vomito

Diarrea

NINGUNA

### Esqueletal

Dolor en las Articulaciones

Hinchazón en las Articulaciones

NINGUNA

### Neurologia

Historial de Convulsiones

Vértigo

NINGUNA

### Endocrino

Sed Excesiva

Piel Seca

NINGUNA

### Genitourinario

Ardor al Orinar

Sangre en la Orina

NINGUNA