

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

Direction of Feed

# Revisión de sistemas

Responda cada una de las preguntas

To reproduce, follow the  
printing instructions.  
Fold only on the dotted lines.

## Instrucciones para el marcado

Utilice un lápiz número 2.  
Rellene completamente  
el óvalo como se muestra...



ESCRIBA EL APELLIDO DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

ESCRIBA EL NOMBRE DEL  
PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

Grid for patient last name

Grid for patient name

Mes      Día      Año

Marque todos los síntomas que esté sintiendo **ACTUALMENTE**.

Marque todas las opciones que correspondan.

Si no tiene los síntomas que se indican en una categoría, sírvase marcar "NINGUNO".

### GENERALES

escalofríos       fiebre       pérdida de peso   
fatiga       aumento de peso       NINGUNO

### OJOS

anteojos       pérdida de la visión (un ojo)       sensibilidad a la luz   
lentes de contacto       pérdida de la visión (ambos ojos)       secreción   
visión doble       "halos" alrededor de las luces       irritación ocular   
visión borrosa       dolor ocular       NINGUNO

Doblar en la línea punteada

### GARGANTA, NARIZ Y OÍDOS

sordera       zumbido en los oídos   
disminución auditiva       ronquera   
dolor de oído       dificultad para tragar       dolor sinusal       NINGUNO

### CARDIOVASCULARES

inflamación de manos o pies       pérdida del conocimiento   
molestia o dolor en el pecho       falta de aliento (al hacer esfuerzo)   
calambres en las piernas (al hacer esfuerzo)       decoloración azulada de los labios o las uñas   
dificultad para respirar (al estar acostado)       agitación/omisión de latidos       NINGUNO

### RESPIRATORIOS

sibilancias       expectoración al toser   
tos       tos con sangre       NINGUNO

### GASTROINTESTINALES

flatulencia       náuseas       dolor abdominal   
vómitos       apetito excesivo       diarrea   
sangrado       disminución del apetito       heces oscuras/color alquitrán   
estreñimiento       cambios en los hábitos intestinales       NINGUNO

### GENITOURINARIOS

necesidad imperiosa de orinar       dificultad para orinar   
dolor pélvico       micción frecuente       incapacidad para vaciar la vejiga   
sangre en la orina       micción dolorosa       incapacidad para controlar la vejiga       NINGUNO

### OSTEOMUSCULARES

debilidad muscular       dolor en la pierna derecha   
dolor de cuello       dolor en la pierna izquierda   
dolor articular       dolor de espalda       dolor al sentarse   
inflamación de las articulaciones       dolor en el brazo derecho       dolor al pararse   
espasmos musculares       dolor en el brazo izquierdo       dolor al caminar       NINGUNO

Doblar en la línea punteada

### NEUROLÓGICOS

dolores de cabeza       mareos       debilidad   
equilibrio escaso       convulsiones       hormigueo   
entumecimiento       caídas       problemas de coordinación   
temblores       desmayos       dificultad para concentrarse   
pérdida de la memoria       sensación de que la sala da vueltas       NINGUNO

### PIEL

erupción       hematomas       antojos       NINGUNO

### PSIQUIÁTRICOS

ansiedad       adicción   
depresión       pensamientos suicidas       NINGUNO

### SANGUÍNEOS/LINFÁTICOS

transfusión       coágulos de sangre   
anemia       NINGUNO

### ALÉRGICOS/INMUNOLÓGICOS

infecciones persistentes       alergias estacionales   
exposición al VIH       NINGUNO

### SUEÑO

ronquidos       trastornos del sueño   
somnolencia durante el día       sin aliento/dejar de respirar   
pierna inquieta       dificultad para dormir o para mantenerse dormido (insomnio)       NINGUNO