Print in Color or Grayscale Only
Using Adobe Acrobat Reader 8.0 or later

Review of Systems

Please answer every question.

Marking Instructions *Instrucciones*

Please use a #2 pencil.
Fill in the complete oval as shown...
Por favor utilice un lápiz N°2. Llene todo el óvulo tal como se muestra...

PLEASE PRINT PATIENT'S LAST NAME *(apellido del paciente)*

PLEASE PRINT PATIENT'S FIRST NAME *(nombre)*

PATIENT'S DATE OF BIRTH *(fecha de nacimiento)*

Month *Mes* | Day *Día* | Year *Año*

Please mark only the symptoms you are CURRENTLY experiencing.

Mark all that apply. If you have no symptoms in a category, please mark "NONE".

Por favor marque solo los síntomas que está teniendo ACTUALMENTE. Marque todos los que correspondan. Si no tiene sintomas, por favor marque "NINGUNO".

General *(General)*
- fever *(fiebre)*
- fatigue *(fatiga)*
- weight loss *(pérdida de peso)*
- weight gain *(aumento de peso)*
- chills *(escalofríos)*
- night sweats *(sudor nocturno)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Eyes *(Ojos)*
- double vision *(visión doble)*
- blurred vision *(visión borrosa)*
- glasses / contacts *(lentes)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Ears, Nose & Throat *(Orejas, Nariz y Garganta)*
- hoarseness *(ronquera)*
- neck pain *(dolor de cuello)*
- neck lumps *(tumores en el cuello)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Cardiovascular *(Cardiovascular)*
- chest pain *(dolor en el pecho)*
- shortness of breath *(dificultad al respirar)*
- palpitations *(palpitaciones)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Respiratory *(Respiratorio)*
- chronic cough *(tos crónica)*
- coughing blood *(tos con sangre)*
- wheezing *(sibilancias)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Breast *(Mama / Pechos)*
- breast lump *(bulto en los pechos)*
- breast pain *(dolor en los pechos)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Gastrointestinal *(Gastrointestinal)*
- heartburn *(acidez)*
- nausea *(náusea)*
- vomiting *(vómito)*
- constipation *(constipación)*
- chronic diarrhea *(diarrea crónica)*
- abdominal pain *(dolor abdominal)*
- indigestion *(indigestión)*
- blood in stool *(sangre en las heces fecales)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Female Genitourinary (Women Only) *(Genitourinario - Mujeres)*
- painful urination *(dolor al orinar)*
- trouble controlling urine *(dificultad para controlar la orina)*
- excessive urination at night *(micción excesiva durante la noche)*
- urinary frequency *(micción frecuente)*
- blood in urine *(sangre en la orina)*
- urinary retention *(retención urinaria)*
- painful intercourse *(relaciones sexuales doloras)*
- vaginal discharge *(secreción vaginal)*
- possibly pregnant *(posible embarazo)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Male Genitourinary (Men Only) *(Genitourinario - Hombres)*
- painful urination *(dolor al orinar)*
- trouble controlling urine *(dificultad para controlar la orina)*
- excessive urination at night *(micción excesiva durante la noche)*
- urinary frequency *(micción frecuente)*
- blood in urine *(sangre en la orina)*
- urinary retention *(retención urinaria)*
- penile lesions *(lesiones en el pene)*
- erection difficulties *(dificultades de erección)*
- penile discharge *(secreción del pene)*
- testicular lump *(bulto testicular)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Musculoskeletal *(Musculoesquelético)*
- joint pain *(dolor en las articulaciones)*
- back pain *(dolor en la espalda)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Skin *(Piel)*
- sores *(llagas)*
- rash *(erupciones)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Neurological *(Neurológico)*
- numbness *(entumecimiento)*
- headaches *(dolores de cabeza)*
- dizziness *(mareo)*
- tremors *(temblores)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Psychiatric *(Psiquiátrico)*
- anxiety *(ansiedad)*
- depression *(depresión)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Endocrine *(Endocrino)*
- excessive thirst *(sed excesiva)*
- cold intolerance *(intolerancia al frío)*
- heat intolerance *(intolerancia al calor)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Heme / Lymphatic *(Hematológico / Linfático)*
- excessive bleeding *(hemorragia excesiva)*
- easy bruising *(propensión a moretones)*
- painful / swollen lymph nodes *(ganglios linfáticos dolorosos / inflamados)*
- **NONE** *(NINGUNO)*

Licensed Under U.S. Patent Nos. 7,487,102 and 7,941,328 from Willis Technologies, LLC

SAMPLE

Copyright © PatientLink Form 182 ES (Rev. 07/22/2013)