

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

Direction of Feed

Revisión de Sistemas

Por favor conteste cada pregunta.

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

Instrucciones

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



POR FAVOR ESCRIBA EL APELLIDO DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE

POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

MES

DÍA

AÑO

PRIMER VISITA Marque todos los síntomas que pertenecen a usted.

PACIENTE ESTABLECIDO Marque todo lo que aplica.

Si no hay síntomas, marque "NINGUNO."

General

escalofríos pérdida de peso sudores nocturnos
fiebre aumento de peso falta de apetito
sudor excesivo siente enfermo fatiga **NINGUNO**

Ojos

visión doble halos alrededor de las luces secreción
pérdida de visión - 1 ojo borroso irritación del ojo
pérdida de visión - ambos sensibilidad a la luz dolor ocular **NINGUNO**

Oídos, Naríz y Garganta

secreción del oído dolor de oídos zumbido en los oídos
disminución de la audición sangrado nasal ronquera
congestión nasal dolor de garganta **NINGUNO**

Cardiovascular

hinchazón de manos o pies calambres en las piernas falta de aliento con esfuerzo
dolor de pecho o malestar con esfuerzo decoloración azul de los labios o las uñas
dificultad para respirar acostado latido acelerado o saltado **NINGUNO**

Respiratorio

esputo excesivo tos trastorno del sueño
sibilancias ronquidos excesivo debido a la respiración
tos con sangre **NINGUNO**

Gastrointestinal

gas apetito excesivo náusea
vómito indigestión diarrea
vomitando sangre estreñimiento dificultad para tragar
dolor abdominal piel amarillenta heces alquitranosas
cambios en movimientos intestinales heces con sangre **NINGUNO**

Genitourinario

dolor al orinar problema para iniciar el orín dolor pélvico
sangre en el orín inhabilidad para vaciar la vejiga llagas genitales
urgencia urinaria inhabilidad para controlar la vejiga pérdida de periodos menstruales
orina frecuente orinar durante la noche flujo menstrual excesivo **NINGUNO**

Musculoesquelético

dolor articular rigidez calambres musculares
hinchazón articular dolor de espalda debilidad muscular
dolor muscular **NINGUNO**

Piel

comezón lesiones sospechosas erupciones
sequedad mala curación de heridas cambios en el color de la piel
cambios en lecho de las uñas **NINGUNO**

Neurológico

dolor de cabeza caídas hormigueo
falta de equilibrio desmayos perturbación en coordinación
adormecimiento falta de memoria dificultad para concentrar
temblores debilidad sensación que esta girando la habitación **NINGUNO**

Psiquiátrico

ansiedad depresión **NINGUNO**

Endocrino

intolerancia al frío intolerancia al calor sed excesiva
hambre excesiva orinación excesiva **NINGUNO**

Heme / Linfático

sangrado descoloramiento de la piel agrandamiento de ganglios linfáticos **NINGUNO**

Alergias / Inmunológica

infecciones persistentes alergias estacionales exposición al VIH **NINGUNO**

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

Copyright © PatientLink Form 107 S (Rev. 2/05/2014)
For technical support,
please contact PatientLink at
Support@MyPatientLink.com.

SAMPLE