

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

Revisión de Sistemas Pediátrico

Por favor conteste todas las preguntas

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

POR FAVOR IMPRIME EL APELLIDO DE LA PACIENTE

Instrucciones

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



IMPRIME EL PRIMER NOMBRE DE LA PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

MES

DÍA

AÑO

¿Su hijo ha tenido algunos problemas con o usted tiene preocupaciones con cualquiera de los siguientes?

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

General

fiebre / escalofríos / sudoración excesiva

fatiga
pérdida / aumento de peso inexplicable

NINGUNA

Ojos

secreción ocular

ojos bizcos o entrecerrados

NINGUNA

Oídos / Nariz / Garganta

escurrimiento nasal frecuente
frecuentes infecciones del oído / dolor en el oído
dolor de garganta frecuente
resfríos frecuentes

voz inusualmente fuerte / con problemas de audición
respiración por la boca / ronquidos
mal aliento
problemas con los dientes / las encías
sangrado de la nariz

NINGUNA

Respiratorio

tos

dificultad al respirar
sibilancias

NINGUNA

Gastrointestinal

nausea / vómito
constipación

diarrea
dolor abdominal
sangre en las heces

NINGUNA

Cardiovascular

se cansa fácilmente cuando hace esfuerzo

falta de aliento
desmayos

NINGUNA

Genitourinario

dolor al orinar

orinar en la cama
secreción del pene o vagina

NINGUNA

Musculo Esquelético

dolor muscular o articular

NINGUNA

Alergias

fiebre de heno / picazón en los ojos

NINGUNA

Piel

erupción(es)

lunares anormales

NINGUNA

Emocional

problemas al hablar
problemas al dormir / pesadillas
mal genio / contención de la respiración / celos

depresión
morderse las uñas / chupar el dedo
dolores de cabeza
ansiedad / estrés

NINGUNA

Sangre / Linfático

protuberancia(s) inexplicable(s)

moretones / sangría con facilidad

NINGUNA

SAMPLE