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

Revisión de Sistemas

Por favor conteste todas las preguntas

STAFF: Handwritten responses must be entered **MANUALLY**.

Instrucciones

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

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL APELLIDO DEL PACIENTE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTE EL PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

MES DÍA AÑO

Favor de marcar sólo los síntomas que ACTUALMENTE tiene:

Marcar todos los que apliquen --- si no hay síntomas favor de marcar "NINGUNO".

GENERAL
- fiebre
- escalofríos
- fatiga
- pérdida de peso
- NINGUNO

OJOS
- dolor de ojo
- pérdida de la visión
- NINGUNO

OÍDOS / NARIZ / GARGANTA
- deterioro de olor
- ronquidos sonoros
- dificultad para tragar
- problemas de audición
- NINGUNO

CARDIOVASCULAR
- dolor de pecho
- palpitaciones
- NINGUNO

RESPIRATORIO
- dificultad para respirar
- tos
- NINGUNO

GASTROINTESTINAL
- dolor abdominal
- estreñimiento
- diarrea
- nauseas
- NINGUNO

GENITOURINARIO
- infecciones de la vejiga
- problemas urinarios
- NINGUNO

MÚSCULO ESQUELÉTICO
- dolor musculares
- calambres musculares
- hinchazón
- debilidad
- NINGUNO

PIEL
- erupciones / sarpullido en la piel
- piel seca
- NINGUNO

NEUROLÓGICO
- dolor de cabeza
- ataques
- mareos
- entumecimiento
- NINGUNO

PSIQUIÁTRICO
- ansiedad
- depresión
- NINGUNO

SANGRE / LINFÁTICO
- problemas de sangrado
- anemia
- NINGUNO

OTROS SÍNTOMAS
explique:_____

Gracias por su tiempo en completar este cuestionario.

(U.S. Patent No. 7,487,102) (U.S. Patent No. 7,941,328)

SAMPLE

Copyright © PatientLink Card 155 S (Rev. 5/21/2012)