



Instrucciones para marcar

Por favor utilice lapiz #2. Llene el ovalo completamente como se muestra...



POR FAVOR IMPRIMA EL APELLIDO DEL PACIENTE

POR FAVOR IMPRIMA EL NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

MES

DÍA

AÑO

La razón por su visita: _____

Fecha que comenzó su problema: _____

Describa su accidente / lesión como ocurrió, o como empezó el dolor: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Por favor marque todos los síntomas que actualmente esta sintiendo.

Marque todos los que aplican. Si no hay ningun síntoma, marque **NINGUNO**.

General	escalofríos <input type="checkbox"/>	sudor por las noches <input type="checkbox"/>	infecciones recurrentes <input type="checkbox"/>	aumento de peso involuntario <input type="checkbox"/>	pérdi da de peso involuntario <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
	fiebre <input type="checkbox"/>	infecciones persistentes <input type="checkbox"/>	lentes / contactos <input type="checkbox"/>	perturbación visual <input type="checkbox"/>	ronquera <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
Ojos			pérdida de audición <input type="checkbox"/>			NINGUNO <input type="checkbox"/>
Oídos, Nariz y Garganta						NINGUNO <input type="checkbox"/>
Cardiovascular	dificultad para respirar al hacer esfuerzos <input type="checkbox"/>	palpitaciones <input type="checkbox"/>	falta de respiración <input type="checkbox"/>	inflamación de manos / pies <input type="checkbox"/>		NINGUNO <input type="checkbox"/>
	dolor en el pecho <input type="checkbox"/>					NINGUNO <input type="checkbox"/>
Respiración		dificultad de respiración <input type="checkbox"/>	falta de respiración <input type="checkbox"/>			NINGUNO <input type="checkbox"/>
Gastrointestinal		sangrado <input type="checkbox"/>	pérdida del control intestinal <input type="checkbox"/>			NINGUNO <input type="checkbox"/>
Genitourinario Femenino	dolor en la intimidad <input type="checkbox"/>	dolor de menstruación <input type="checkbox"/>	urgencia de orinar <input type="checkbox"/>	perdida de orina <input type="checkbox"/>	desecho vaginal <input type="checkbox"/>	
	sangre en la orina <input type="checkbox"/>	dolor al orinar <input type="checkbox"/>	resequedad vaginal <input type="checkbox"/>	comezón / irritación vaginal <input type="checkbox"/>		NINGUNO <input type="checkbox"/>
	orina excesiva por la noche <input type="checkbox"/>	dolor en el pelvis <input type="checkbox"/>				
	perdida de control de orina <input type="checkbox"/>	frecuencia de orinar <input type="checkbox"/>				
	irregularidades menstruales <input type="checkbox"/>					
Genitourinario Masculino	sangre en la orina <input type="checkbox"/>	impotencia <input type="checkbox"/>	desecho uretral <input type="checkbox"/>	frecuencia de orinar <input type="checkbox"/>	urgencia de orinar <input type="checkbox"/>	
	cambio en la orina <input type="checkbox"/>	orina con dolor <input type="checkbox"/>	perdida de orina <input type="checkbox"/>	debilidad al orinar <input type="checkbox"/>		NINGUNO <input type="checkbox"/>
	dificultad de eyaculación <input type="checkbox"/>	lesiones en el pene <input type="checkbox"/>	debilidad al orinar <input type="checkbox"/>			
	dificultad de erección <input type="checkbox"/>	lesiones en los testiculos <input type="checkbox"/>				
	orina excesiva por la noche <input type="checkbox"/>	dolor en los testiculos <input type="checkbox"/>				
Piel	urticaria <input type="checkbox"/>	nuevas llagas / lesiones <input type="checkbox"/>	llagas recurrentes <input type="checkbox"/>	ulceras en la piel <input type="checkbox"/>		NINGUNO <input type="checkbox"/>
	cambio de lunar o mezquino <input type="checkbox"/>	llagas que no sanan <input type="checkbox"/>				
	resequedad <input type="checkbox"/>	pérdida de memoria <input type="checkbox"/>	convulsiones <input type="checkbox"/>			
Neurologico	dificultad utilizando las manos <input type="checkbox"/>		dificultad al caminar <input type="checkbox"/>			NINGUNO <input type="checkbox"/>
		ansiedad <input type="checkbox"/>	miedo <input type="checkbox"/>			
Psiquiátrico		depresion <input type="checkbox"/>	llora frecuentemente <input type="checkbox"/>			NINGUNO <input type="checkbox"/>
		moretes <input type="checkbox"/>	sangrado excesivo <input type="checkbox"/>			NINGUNO <input type="checkbox"/>
Hematología / Linfática						