

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **DOB:** _____

CONSTITUCIONAL

Cambio de peso Yes___ No___
Fiebre Yes___ No___
Fatiga Yes___ No___
Debilidad Yes___ No___
Escalofríos Yes___ No___

ENT/RESPIRATORIA

Cambio en la voz Yes___ No___
Dolor de garganta Yes___ No___
Zumbido en oídos Yes___ No___
Dificultad para deglutir Yes___ No___

PULMONAR

Tos crónica Yes___ No___
Othopnea-dificultad para respirar Yes___ No___
when lying down
Expectoración con sangre Yes___ No___

CARDIOLOGÍA

Dolor en el pecho Yes___ No___
Palpitaciones Yes___ No___
Hinchazón en las piernas Yes___ No___
Dificultad para respirar Yes___ No___
Latidos cardíacos irregulares Yes___ No___

GASTROENTEROLOGY

Sangre en heces Yes___ No___
Diarrea Yes___ No___
Vómitos Yes___ No___
Estreñimiento Yes___ No___
Náuseas Yes___ No___
Dolor abdominal Yes___ No___

DERMATOLOGY

Erupción Yes___ No___
La sudoración excesiva Yes___ No___

ENDOCRINOLOGÍA

Diabetes Yes___ No___
Orinar con frecuencia Yes___ No___
Disfunción de la tiroides Yes___ No___

OJOS

Visión disminuida Yes___ No___
Visión disminuida Yes___ No___
Visión doble Yes___ No___
Irritación de los ojos Yes___ No___

HEMATOLOGÍA

Moretones fácil Yes___ No___
Venas varicosas Yes___ No___

ALERGIA, INMUNE

Alergias nasales Yes___ No___
Nariz que moquea Yes___ No___
Congestión nasal Yes___ No___
Picor en los ojos Yes___ No___
Asma Yes___ No___

GÉNITO-URINARIO

Dificultad para orinar Yes___ No___
Sangre en la orina Yes___ No___
Eréctil u otros sexual disfunción Yes___ No___

DORMIR

Somnolencia diurna Yes___ No___
Ronquidos Yes___ No___

MUSCULOSKELETAL

Rigidez de las articulaciones Yes___ No___
Dolor en las articulaciones Yes___ No___
Calambres en las piernas Yes___ No___
Dolor en la pierna de tiro Yes___ No___
Dolor de espalda Yes___ No___

NEUROLOGÍA

Dolor de cabeza Yes___ No___
Estremecimiento Yes___ No___
Incautación Yes___ No___
Mareo Yes___ No___
Problemas de memoria Yes___ No___
Temblores Yes___ No___
Pérdida de fuerza en el área corporal específica Yes___ No___

Pérdida de sensibilidad en la parte específica del cuerpo
Yes___ No___

Problemas con el equilibrio Yes___ No___
Problemas con la coordinación Yes___ No___
Anormalidad de la marcha Yes___ No___
Caídas Yes___ No___
Debilidad Yes___ No___