

Revisión de síntomas

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Revise y marque los síntomas o problemas actuales que haya tenido en los últimos seis meses.

Generales:

- ☐ Pérdida del apetito
- ☐ Fiebre/escalofríos
- ☐ Sudores nocturnos
- ☐ Debilidad
- ☐ Fatiga

Hematológicos:

- ☐ Sangrado anormal
- ☐ Formación anormal de moretones
- ☐ Ganglios inflamados

Alergias/inmunológicos:

- ☐ Alergias estacionales
- ☐ Alergia a alimentos _____
- ☐ Problemas de los senos paranasales
- ☐ Infecciones frecuentes

Piel:

- ☐ Sanación lenta
- ☐ Sarpullido
- ☐ Cambio en las uñas
- ☐ Cambio en la piel o lunares
- ☐ Otro _____

Mamas:

- ☐ Secreción/sangrado
- ☐ Bulto
- ☐ Dolor

Ojos:

- ☐ Cambios en la visión
- ☐ Infección en los ojos
- ☐ Dolor en los ojos

Oídos/nariz/garganta:

- ☐ Pérdida de la audición
- ☐ Zumbido en los oídos
- ☐ Sangrado en las encías
- ☐ Ronquera
- ☐ Inflamación en cuello/bultos
- ☐ Sangrado nasal
- ☐ Problemas dentales

Cardiovasculares:

- ☐ Molestias/dolor en el tórax
- ☐ Latidos cardíacos irregulares
- ☐ Hinchazón en manos o pies
- ☐ Palpitaciones

Respiratorios:

- ☐ Falta de aire
- ☐ Tos
- ☐ Sibilancias
- ☐ Tos con sangre
- ☐ Dificultades para respirar

Gastrointestinales:

- ☐ Heces negras o con sangre
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Dificultad para tragar
- ☐ Acidez gástrica/reflujo gastroesofágico
- ☐ Diarrea
- ☐ Náuseas
- ☐ Vómitos
- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Dolor al movilizar el intestino
- ☐ Ictericia

Urinarios:

- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Orina frecuente
- ☐ Dificultades para orinar
- ☐ Dolor o ardor al orinar
- ☐ Incontinencia

Musculoesqueléticos:

- ☐ Dolor de espalda o cuello
- ☐ Dolor o rigidez en las articulaciones
- ☐ Dolor óseo, lugar: _____
- ☐ Artritis

Salud mental:

- ☐ Depresión o tristeza
- ☐ Ansiedad
- ☐ Problemas para dormir
- ☐ Ideas de suicidio

Neurológicos:

- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Mareos
- ☐ Desmayos
- ☐ Pérdida de equilibrio
- ☐ Dificultades para hablar
- ☐ Pérdida de la sensación
- ☐ Problemas de memoria
- ☐ Convulsiones

Endócrinos:

- ☐ Pérdida de peso
- ☐ Aumento de peso
- ☐ Sed en exceso
- ☐ Intolerancia al calor/frío

PARA MUJERES

Ginecológicos:

- ☐ Períodos menstruales irregulares
- ☐ Sofocos
- ☐ Menopausia
- ☐ Sangrado menstrual abundante

Marque esta casilla si **NO** tiene ninguno de los síntomas enumerados.:

- ☐ **NO** tengo ningún síntoma.