



# Revisión de sistemas

- Al responder estas preguntas, estará ayudando a su médico a comprender más sobre su salud y la mejor manera de tratarle.
- Si necesita ayuda para completar este formulario:
  - Traiga este formulario a su cita y el personal de la clínica le ayudará, O
  - Llame a la clínica antes de su cita y alguien le ayudará telefónicamente.

**¡Queremos verle pronto!**

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre Apellido

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Marque con un círculo "SÍ" para todas las opciones que correspondan durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS**

General		
<input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	¿Su actividad ha cambiado recientemente?	SÍ
	¿Ha cambiado su apetito (cuánta comida consume)?	SÍ
	¿Ha tenido escalofríos?	SÍ
	¿Ha estado sudando?	SÍ
	¿Se fatiga (se cansa) fácilmente?	SÍ
	¿Tiene fiebre?	SÍ
	¿Ha cambiado su peso durante el último año sin que se lo propusiera?	SÍ

Oídos, nariz y garganta	¿Tiene algo de lo siguiente?	
<b>Continuación...</b>	Congestión (congestión nasal)	SÍ
	Problema dental (dientes)	SÍ
	Babeo	SÍ
	Secreción del oído (secreción de líquido del oído)	SÍ
	Dolor de oído	SÍ
	Hinchazón facial	SÍ
	Pérdida de audición	SÍ

<input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	Llagas bucales	SÍ
	Sangrado de nariz	SÍ
	Goteo nasal posterior (mucosidad en la garganta)	SÍ
	Rinorrea (goteo nasal)	SÍ
	Dolor de los senos paranasales	SÍ
	Presión sinusal	SÍ
	Estornudos	SÍ
	Dolor de garganta	SÍ
	Acúfenos (zumbido en los oídos)	SÍ
	Dificultad para tragar	SÍ
	Cambios en la voz	SÍ

Ojos	¿Tiene algo de lo siguiente?	
<input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	Secreción ocular (secreción de líquido del ojo)	SÍ
	Comezón de ojos	SÍ
	Dolor de ojos	SÍ
	Enrojecimiento de ojos	SÍ
	Fotofobia (sensibilidad de los ojos a la luz)	SÍ
	Trastorno de la visión (visión borrosa, halos, escotomas)	SÍ


Respiración	¿Tiene algo de lo siguiente?	
<input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	Apnea (pausas en la respiración)	SÍ
	Tensión en el pecho	SÍ
	Ahogo	SÍ
	Tos	SÍ
	Dificultad para respirar	SÍ
	Estridor (respiración ruidosa, respiración musical)	SÍ
	Sibilancias (sonido de silbido agudo al respirar)	SÍ

Corazón y vasos sanguíneos	¿Tiene algo de lo siguiente?	
<input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	Dolor de pecho	SÍ
	Hinchazón de las piernas	SÍ
	Palpitaciones (latidos cardíacos rápidos)	SÍ

Zona estomacal	¿Tiene algo de lo siguiente?	
<input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	Distensión (hinchazón estomacal)	SÍ
	Dolor estomacal	SÍ
	Sangrado anal (sangrado del ano)	SÍ
	Sangre en la evacuación intestinal (heces)	SÍ
	Estreñimiento (no realizar tantas evacuaciones intestinales como de costumbre)	SÍ
	Diarrea (evacuación intestinal líquida)	SÍ
	Náuseas	SÍ
	Dolor rectal (dolor en el ano)	SÍ
	Vómitos (devolver)	SÍ


Sistema endocrino	¿Tiene algo de lo siguiente?	
<input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	Intolerancia al frío	SÍ
	Intolerancia al calor	SÍ
	Polidipsia (sed excesiva)	SÍ
	Polifagia (hambre excesiva)	SÍ
	Poliuria (micción frecuente)	SÍ

**Si es MUJER, complete esta sección. Si es hombre, pase a la próxima sección.**

Aparato genital y urinario	¿Tiene algo de lo siguiente?	
  <input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>  Continuación...	Problemas al orinar (hacer pis)	SÍ
	Dispareunia (dolor cuando tiene relaciones sexuales)	SÍ
	Disuria (dolor cuando hace pis)	SÍ
	Enuresis (orinarse en la cama)	SÍ
	Dolor en el flanco (dolor en un costado)	SÍ
	Frecuencia (tener que orinar más de lo habitual)	SÍ
	Llaga genital	SÍ
	Hematuria (sangre en la orina)	SÍ
	Problemas cuando tiene su periodo menstrual	SÍ
	Dolor en la zona pélvica	SÍ
	Urgencia (sensación repentina de que tiene que orinar inmediatamente)	SÍ
	No orina con la frecuencia normal	SÍ

	Sangrado vaginal	SÍ
	Flujo (líquido secretado desde la vagina)	SÍ
	Dolor vaginal	SÍ

**Si es HOMBRE, complete esta sección. Si es mujer, pase a la próxima sección.**

Aparato genital y urinario	¿Tiene algo de lo siguiente?	
 <input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	Problemas al orinar (hacer pis)	SÍ
	Disuria (dolor cuando hace pis)	SÍ
	Enuresis (orinarse por la noche involuntariamente)	SÍ
	Dolor en el flanco (dolor en un costado)	SÍ
	Frecuencia (tener que orinar más de lo habitual)	SÍ
	Llaga genital	SÍ
	Hematuria (sangre en la orina)	SÍ
	Secreción del pene (líquido secretado desde el pene)	SÍ
	Dolor en el pene	SÍ
	Inflamación del pene	SÍ
	Inflamación del escroto	SÍ
	Dolor testicular	SÍ
	Urgencia (sensación repentina de que tiene que orinar inmediatamente)	SÍ
No orina con la frecuencia normal	SÍ	

Músculos y articulaciones	¿Tiene algo de lo siguiente?	
<input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	Artralgias (dolores corporales)	SÍ
	Dolor de espalda	SÍ
	Marcha (problemas de equilibrio cuando está de pie o caminando)	SÍ
	Inflamación de las articulaciones (algunas de las articulaciones son rodilla, codo, muñeca)	SÍ
	Mialgia (dolor muscular)	SÍ
	Dolor de cuello	SÍ
	Rigidez en el cuello	SÍ

<b>Cutáneo</b>	<b>¿Tiene algo de lo siguiente?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	Cambio de color de la piel	SÍ
	Palidez (la piel es más clara que lo usual a causa de enfermedad)	SÍ
	Sarpullido	SÍ
	Herida	SÍ

<b>Alergias</b>	<b>¿Tiene algo de lo siguiente?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	Alergias ambientales (polen, polvo, mascotas, moho, etc.)	SÍ
	Alergias a alimentos (frutos secos, leche, trigo, pescado, etc.)	SÍ
	Inmunocomprometido (alto riesgo de infección)	SÍ

<b>Cabeza, equilibrio y debilidad</b>	<b>¿Tiene algo de lo siguiente?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	Mareos	SÍ
	Asimetría facial (caída facial)	SÍ
	Dolores de cabeza	SÍ
	Aturdimiento	SÍ
	Entumecimiento	SÍ
	Convulsiones	SÍ
	Problemas para hablar	SÍ
	Síncope (desmayos)	SÍ
	Temblores (sacudidas del cuerpo)	SÍ
	Debilidad	SÍ

<b>Sangre</b>	<b>¿Tiene algo de lo siguiente?</b>	
<input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	Adenopatía (agrandamiento o inflamación de los ganglios linfáticos)	SÍ
	Moretones y sangrados con facilidad	SÍ

Otros problemas	¿Tiene algo de lo siguiente?	
<input type="checkbox"/> <b>TODO NORMAL</b>	Agitación	SÍ
	Problemas de comportamiento	SÍ
	Confusión	SÍ
	Problemas para concentrarse	SÍ
	Estado de ánimo disfórico (depresión)	SÍ
	Alucinaciones (ver cosas que no son realidad)	SÍ
	Hiperactividad (estar excesivamente activo)	SÍ
	Nervioso o ansioso	SÍ
	Lastimarse a sí mismo intencionalmente	SÍ
	Trastornos del sueño (problemas para dormir)	SÍ
	Pensamientos suicidas	SÍ