

Revisión general del organismo (¿Qué problema tiene?):

Estado general (fiebre, pérdida de peso inexplicable, masa o bulto)		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	*
Ojos (visión borrosa)		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	*
Garganta, Nariz y Oídos		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	*
Aparato cardiovascular (dolor en el pecho, respiración dificultosa)		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	*
Aparato respiratorio (asma, tos)	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	*
Sistema nervioso (falta de sensación, hormigueo en brazos o piernas)		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	*
Gastrointestinal (dolor abdominal, náuseas)	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	*
Aparato genitourinario (menstruación irregular, alteraciones urinarias)		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	*
Hematología y ganglios linfáticos (anemia, trastornos de la sangre o del sistema inmunitario)		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	*
Sistema endocrino (diabetes, problemas de tiroides)		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	*
Psiquiatría (depresión, ansiedad)	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	*
Alergias o sistema inmunitario (eccema, urticaria, infecciones recurrentes)		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	*
Aparato musculoesquelético		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	*

****Explique el problema en detalle:**

¿Hay algo de lo que quiera hablar con el médico?

Firma del paciente o representante legal

Relación con el paciente

Nombre en imprenta del paciente o representante legal

Fecha

Hora

BELOW FOR STAFF USE ONLY

Physician Notes

Practitioner Signature

Practitioner Printed Name

Date

Time

