

PT # _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA _____

REVISION DE SISTEMAS

Favor marcar los sintomas que tiene y dejar en blanco los que no tiene.

GENERAL

Cansado/fatigado _____

Cambio de peso _____

Aumento-cuantas libras? _____

Rebaja-cuantas libras? _____

OJOS

Parpados caidos _____

Correccion de vision _____

Lentes de contacto _____

Espejuelos/gafas _____

Dificultades de vision _____

Vision doble _____

Vista nublada _____

Perdida de vision _____

OIDOS

Dificultad entendiendo lo que oye _____

Sensacion de llenura en los oidos _____

Perdida de audicion _____

Sensibilidad a ruidos fuertes _____

Ruidos en los oidos/Tinnitus _____

Mareos/Vertigo _____

NARIZ

Sangra _____

Tapada _____

BOCA

Boca seca _____

Mal sabor en la boca _____

Problemas con el sentido del sabor _____

GARGANTA

Dificultad al tragar _____

RESPIRATORIO

Asma _____

Tos _____

Con sangre _____

Enfisema _____

Corto de respiracion _____

Ronca _____

Despierta buscando aire _____

CARDIACO

- Dolor de pecho mientras descansa _____
Por favor haga un circulo
Suave moderado severo

- Dolor de pecho mientras ejercita _____
Por favor haga un circulo
Suave moderado severo
- Pies hinchados/Edema _____
- Problemas del corazon _____
- Presion arterial alta _____
- Pulso acelerado/Palpitaciones _____
Suave moderado severo

GI

- Dolor abdominal _____
- Cambios en los habitos de bano _____
Estrenimiento _____
Diarrea _____
- Hepatitis _____
- Acidez/agruras _____
- Nausea _____
- Sabor agrio en la boca _____
- Excreta _____
Negra/como brea _____
Con sangre _____
- Vomitos _____

GENITOURINARIO

- Dolor al orinar/Dysuria _____
- Sangre en la orina/Hematuria _____

MUSCULO/OSEO

- Dolor de coyunturas _____
Artritis _____
Dolor de espalda _____
Degeneracion de coyunturas _____
- Musculos _____
Debilidad _____

NEUROLOGICO

- Abnormalidad al caminar _____
Dificultad al caminar _____
Dificultad al correr _____
Caidas frecuentes _____
Cojera _____
Arrastra los pies _____
Tambaleo al caminar _____
- Balance _____
- Desmayo/perdida de conocimiento _____
- Cambio en forma de pensar _____
Pensamientos abruptos _____
- Concentracion _____

Confuso/desorientado _____
Ataques/convulsiones _____
 Generalizados con fiebre alta _____
 Recurrente por largo tiempo _____
 Una sola _____
Coordinacion _____
Poca consciencia mental _____
 Con sueno durante el dia _____
 Mientras conduce _____
Mareos _____
 inclinandose _____
 episodios recurrentes _____
 moviendose de lado _____
 cambios de posicion _____
Desmayos _____
Dolor de cabeza _____
Cabeza liviana _____
Perdida de conocimiento _____
Perdida de sensacion _____
Perdida de memoria _____
Adormecimiento _____
 Favor circule el lugar correcto
 Brazo izquierdo brazo derecho
 Pierna izquierda pierna derecha cara
Debilidad _____
 Favor circule el lugar correcto
 Brazo izquierdo brazo derecho
 Pierna izquierda pierna derecha cara
Problemas del habla o lenguaje _____
 Va y viene _____
 Olvida palabras _____
 Habla o hace ruidos sin querer _____
 Lengua trabada _____
 tartamudea _____
 leer _____
 escribir _____
 ataques con la vista ida _____
Cosquilleo _____
 Favor circule el lugar correcto
 Brazo izquierdo brazo derecho
 Pierna izquierda pierna derecha cara
Temblor _____
 Favor circule el lugar correcto
 Brazo izquierdo brazo derecho
 Pierna izquierda Pierna derecha cara

PIEL/PECHO

Seco _____

Psoriasis _____

Ramazon/ronchas/alergia/salpuido _____

ALERGICO/INMUNOLOGICO

Alergias nasals _____

Desorden inmunologico _____

HEMATOLOGICO/LINFATICO

Anemia _____

Transfucion _____

 Transfucion(s) pasadas _____

 Sin reaccion _____

 Con reaccion _____

ENDOCRINO

Apetito excesivo _____

Sed excesiva _____

Sudor excesivo _____

Orinar excesivamente _____

Intolerancia a las temperaturas _____

Problemas de tiroide _____

PSIQUIATRICO

Cambios de personalidad _____

depresion _____

 presente _____

 alternado con alegria extrema _____

 va y viene _____

 pensamientos suicidas _____

demasiada nerviosidad _____

problemas de sueno _____

 se despierta en medio de la noche _____

 duerme demasiado _____

 insomnia _____

 falta de necesidad de dormir _____

 dificultar para dormirse _____

 se despierta muy temprano _____

 pesadillas _____

 camina mientras esta dormido _____

estres _____

tension _____