

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Revision de Sistemas

Tiene usted o ha tenido alguno de los sintomas a continuacion? Circule Si o No

<b>Sintomas mas usuales</b>			<b>Integumentary</b>		
Fiebre	S	N	Erupcion de la piel	S	N
Escalofrios	S	N	Ampollas	S	N
Dolor de cabeza	S	N	Rasquina	S	N
Otro			Otro		
<b>Ojos</b>			<b>Muscoloskeletal</b>		
Vision nublada	S	N	Dolor de los musculo	S	N
Double vision	S	N	Dolor de cuello	S	N
Pain	S	N	Dolor de espalda	S	N
Otro			Otro		
<b>Alergias</b>			<b>Oido/Nariz/Garganta/Boca</b>		
Fiebre del heno	S	N	Infeccion del oido	S	N
Alergias a medicinas	S	N	Dolor de garganta	S	N
Otro		N	Sinusitis	S	N
			Otro		
<b>Neurologico</b>			<b>Genitourinary</b>		
Temblores	S	N	Retencion de orina	S	N
Mareos	S	N	Dolor al orinar	S	N
Entumecimiento	S	N	Orina frecuentemente	S	N
Otro			Otro		
<b>Endocrina</b>			<b>Respiratorio</b>		
Sed excessive	S	N	Espasmo Bronquial	S	N
Mucho frio o calor	S	N	Tos frecuente	S	N
Cansancio / desanimado	S	N	Falta de aire	S	N
Otro			Otro		
<b>Gastrointestinal</b>			<b>Hematologico/Linfatico</b>		
Dolor abdominal	S	N	Glandulas inflamadas	S	N
Nausea/vomitos	S	N	Problemas de coagulacion	S	N
Indigestion/acidez	S	N	Otro		
Otro					
<b>Cardiovascular</b>			<b>Sicologico</b>		
Dolor de pecho	S	N	Esta usted contento con su vida?	S	N
Venas varicosas	S	N	Esta usted deprimido?	S	N
Presion alta	S	N	Ha considerado el suicidio?	S	N
Otro			Otro		