

## Paquete de Bienvenida – Cuestionario de Antecedentes Médicos

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**CUESTIONES QUE LE GUSTARIA COMENTAR DURANTE SU SIGUIENTE VISITA:**

**¿Tiene usted algún problema o inquietud que le gustaría tratar? (Anote abajo cada problema o inquietud y utilice la sección de Comentarios si es necesario):** \_\_\_\_\_

¿Hay algún síntoma que le preocupe? \_\_\_\_\_

¿Cuándo ocurrieron los síntomas por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia tiene usted estos síntomas (cada hora / diario / semanalmente)? \_\_\_\_\_

Describe la gravedad de los síntomas y/o el dolor. \_\_\_\_\_

Si usted tiene dolor, circule el nivel de dolor que siente actualmente en una escala del 1 al 10 (1 = casi no hay dolor y 10 = el dolor es intenso e insoportable):      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

¿Hay otros síntomas relacionados con su problema? \_\_\_\_\_

¿Qué mejora el padecimiento? \_\_\_\_\_

¿Qué empeora el padecimiento? \_\_\_\_\_

¿Piensa usted que su padecimiento está relacionado con el trabajo (ocurrió mientras trabajaba)?     Sí                       No

**LISTA DE PROBLEMAS/ANTECEDENTES MEDICOS:**

¿Ha sido usted diagnosticado con alguno de los siguientes (actualmente o en el pasado)?

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias (fiebre del heno) | <input type="checkbox"/> Enf. crónica de riñones | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza          | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo         |
| <input type="checkbox"/> Anemia                     | <input type="checkbox"/> Estreñimiento           | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición   | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria  |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                   | <input type="checkbox"/> EPOC                    | <input type="checkbox"/> Arritmia del corazón     | <input type="checkbox"/> Migraña                |
| <input type="checkbox"/> Artritis                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn's   | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco          | <input type="checkbox"/> Obesidad               |
| <input type="checkbox"/> Asma                       | <input type="checkbox"/> Depresión               | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca   | <input type="checkbox"/> Psoriasis              |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda           | <input type="checkbox"/> Diabetes                | <input type="checkbox"/> Acidez gástrica / ERGE   | <input type="checkbox"/> Sinusitis              |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de seno             | <input type="checkbox"/> Diarrea                 | <input type="checkbox"/> Hemorroides              | <input type="checkbox"/> Ulceras estomacales    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del colon           | <input type="checkbox"/> Eccema                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis                | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral       |
| <input type="checkbox"/> Cáncer del pulmón          | <input type="checkbox"/> Fibromialgia            | <input type="checkbox"/> Presión arterial elevada | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de la próstata      | <input type="checkbox"/> Cálculos biliares       | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado       | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa     |
| <input type="checkbox"/> Enf. cardiovascular        | <input type="checkbox"/> Gota                    | <input type="checkbox"/> Piedras en los riñones   | <input type="checkbox"/> Infección urinaria     |
- Otro: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE ALERGIAS:**

- Sin antecedentes conocidos de alergias a medicamentos       Sin antecedentes conocidos de alergias a alimentos o por contacto

- |                                       |                                       |                                    |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acetaminofén | <input type="checkbox"/> Epinefrina   | <input type="checkbox"/> Látex     | <input type="checkbox"/> Penicilina   |
| <input type="checkbox"/> Aspirina     | <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Lidocaína | <input type="checkbox"/> Azufre       |
| <input type="checkbox"/> Codeína      | <input type="checkbox"/> Ibuprofeno   | <input type="checkbox"/> Metal     | <input type="checkbox"/> Tetraciclina |

Otro (incluya alimentos): \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS:**

Actualmente no tomo medicamentos, vitaminas u otros suplementos

Enliste los medicamentos, vitaminas, minerales y productos a base de hierbas que usted esté tomando actualmente:

<u>Nombre del Medicamento/Suplemento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Nombre del Medicamento/Suplemento</u>	<u>Dosis</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

El número total de medicamentos y vitaminas / suplementos que tomo con regularidad es: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES QUIRURGICOS:**

Enliste las cirugías o lesiones significativas:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adenoidectomía (fecha: _____)             | <input type="checkbox"/> Cirugía de ambas rodillas (fecha: _____)       | <input type="checkbox"/> Fusión espinal – espalda baja (fecha: _____)       |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía (fecha: _____)               | <input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla izquierda (fecha: _____)    | <input type="checkbox"/> Fusión espinal – cuello (fecha: _____)             |
| <input type="checkbox"/> Aumento de senos (fecha: _____)           | <input type="checkbox"/> Cirugía de rodilla derecha (fecha: _____)      | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía (fecha: _____)                      |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de cataratas (fecha: _____)       | <input type="checkbox"/> Cirugía láser de los ojos (fecha: _____)       | <input type="checkbox"/> Reemplazo total de ambas caderas (fecha: _____)    |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de vesícula biliar (fecha: _____) | <input type="checkbox"/> Reducción de fractura - abierta (fecha: _____) | <input type="checkbox"/> Reemplazo total de cadera izquierda (fecha: _____) |
| <input type="checkbox"/> Reparación de hernia (fecha: _____)       | <input type="checkbox"/> Cirugía de ambos hombros (fecha: _____)        | <input type="checkbox"/> Reemplazo total de cadera derecha (fecha: _____)   |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía abdominal (fecha: _____)    | <input type="checkbox"/> Cirugía del hombro izquierdo (fecha: _____)    |   |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía vaginal (fecha: _____)      | <input type="checkbox"/> Cirugía del hombro derecho (fecha: _____)      |   |

*Otras Cirugías/Lesiones*

*Fecha(s) o Edad*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

¿Ha sido diagnosticado algún miembro de su familia con cualquiera de los siguientes padecimientos? Circule para indicar si cada miembro de la familia está vivo o ha fallecido. Luego anote una "X" bajo cualquier padecimiento que tenga actualmente o que tuvo antes de fallecer. Circule la "X" si el miembro de la familia falleció debido a dicho padecimiento. Enliste en la línea de abajo cualquier otra enfermedad que hayan tenido estos miembros de la familia.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

	Presión Arterial Elevada	Enfermedad del Corazón	Diabetes	Cáncer	Colesterol Elevado
Madre (Vivo / Difunto)	_____	_____	_____	_____	_____
Padre (Vivo / Difunto)	_____	_____	_____	_____	_____
Hermana 1 (Vivo / Difunto)	_____	_____	_____	_____	_____
Hermana 2 (Vivo / Difunto)	_____	_____	_____	_____	_____
Hermana 3 (Vivo / Difunto)	_____	_____	_____	_____	_____
Hermano 1 (Vivo / Difunto)	_____	_____	_____	_____	_____
Hermano 2 (Vivo / Difunto)	_____	_____	_____	_____	_____
Hermano 3 (Vivo / Difunto)	_____	_____	_____	_____	_____
Otro Pariente: Hermano/a (V / D)	_____	_____	_____	_____	_____
Otro: _____					

### **ANTECEDENTES SOCIALES:**

**Energía:** En una escala del 1 al 10, circule cuál es su nivel actual de energía durante el día (1 = es difícil moverse y 10 = repleto de energía):

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Bienestar / Estrés:** En una escala del 1 al 10, circule su nivel de estrés actual (1 = estrés completo y total / sin bienestar y 10 = sin estrés / bienestar total):

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Marque las causas de estrés que actualmente tiene en su vida:

- Ninguno       Financiero       Laboral       Familiar       Cónyuge/Pareja       Hijos  
 Amigos       Presión social       Salud       Escuela       Tráfico  
 Otro: \_\_\_\_\_

Indique cualquier pasatiempo o actividad en la que usted participe para reducir el estrés y mejorar su bienestar:

- Ninguno       Artes y manualidades       Acondicionamiento físico       Actividades escolares       Deportes escolares  
 Deportes comunitarios       Cocinar / repostería       Artes marciales       Gimnasia       Música vocal  
 Música instrumental       Obras dramáticas       Debates       Actividades religiosas       Servicio comunitario  
 Computadoras       Lectura / redacción       Baile       Golf       Navegar / vela  
 TV / películas       Ciclismo / bicicleta       Correr       Senderismo / caminar       Actividades en exteriores  
 Otro: \_\_\_\_\_

### **Dieta / Nutrición:**

En una escala del 1 al 10, circule el número que mejor describa qué tan saludable es su dieta actualmente (1 = completamente insalubre o muy poco saludable y 10 = totalmente saludable):

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Marque el recuadro que mejor describa la variedad de alimentos (balance nutricional) de su dieta:

- Restringida (calorías inadecuadas)     Mal balanceada     Moderadamente balanceada     Bien balanceada

Marque todos los recuadros que describan su dieta actual:

- Occidental (Americana)     Asoc. Estadounidense de la Diabetes     Sin gluten     Alta en fibra     Alta en proteínas
- Baja en calorías     Baja en carbohidratos     Baja en colesterol     Baja en grasas     Baja en proteínas
- Baja en sodio     Mediterránea     Paleo     A base de plantas     Asoc. Estadounidense del Corazón
- TLC     Vegana     Vegetariana     Pérdida de peso
- Otro: \_\_\_\_\_

**Cafeína:** Marque todos los recuadros que correspondan a las fuentes de cafeína que usted consume regularmente y luego circule la cantidad de porciones por día:

- Café     Té     Bebidas carbonatadas     Bebidas energéticas     Bebidas con guaraná     Chocolate
- Medicinas     Suplementos dietéticos

Otro: \_\_\_\_\_

Porciones al día en promedio: 0    <1    1    2    3    4    5    6    7    8    >8

**Alcohol:** Marque todos los recuadros que describan su consumo actual de alcohol y luego circule la cantidad de bebidas por día:

- Nunca     Ocasionalmente     Con moderación     Abundante     Recientemente dejó el alcohol
- Dejó el alcohol hace años     Cerveza     Vino     Cidra     Licor fuerte     Otro

Bebidas al día en promedio: 0    <1    1    2    3    4    5    6    7    8    >8

**Tabaco:** Marque todos los recuadros que describan su consumo actual o previo de tabaco y luego circule la cantidad de cigarrillos por día (en caso de que aplique):

- Nunca he sido fumador     Actualmente fumo algunos días     Actualmente fumo a diario
- Ex-fumador (edad aproximada cuando comenzó: \_\_\_\_\_ edad cuando dejó de fumar: \_\_\_\_\_ )

Cigarrillos al día en promedio: 0    <1    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    >10

Cantidad de años que ha fumado: \_\_\_\_\_ Tipo de tabaco (si es distinto a los cigarrillos): \_\_\_\_\_

¿Se ha realizado un análisis de sangre para fumadores (prueba de cotinina) durante los últimos 12 meses?:  Sí     No

Resultado del último análisis de sangre para fumadores (prueba de cotinina):  Positivo     Negativo

Número de clases para dejar de fumar que completó en los últimos 12 meses:  0     1     2

**Antojos / Privaciones:** Indique cualquier cosa que le cause un antojo o que le provoque una sensación de privación cuando no pueda obtenerla:

- Ninguno     Tiempo libre     Tiempo de relajación y descanso     Alimentos dulces
- Alimentos salados / sabrosos     Alimentos grasos     Carbohidratos     Carnes
- Lácteos     Comida rápida     Dulces     Papas fritas     Panes
- Sodas / bebidas azucaradas     Cafeína     Alcohol     Tabaco     Drogas

Otro: \_\_\_\_\_

En una escala del 1 al 10, circule el número que mejor describa su nivel de privación en este momento: (1 = usted requiere de mucha fuerza de voluntad para mantener su dieta actual / su nivel de salud y 10 = usted come y hace lo que quiere cada día):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Actividad / Ejercicio:** Marque el recuadro que mejor represente su nivel de actividad en general:

Inactivo     Actividad ligera     Actividad moderada     Mucha actividad     Actividad vigorosa

Marque los recuadros que correspondan a sus actividades actuales / maneras de realizar ejercicio; luego circule la cantidad de veces por semana y el tiempo promedio que participa en estas actividades al día:

- |  |   |   |   |  |                                     |
|--|---|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno           | <input type="checkbox"/> Caminar / senderismo         | <input type="checkbox"/> Golf (caminando)     | <input type="checkbox"/> Boliche            | <input type="checkbox"/> Labores del hogar   | <input type="checkbox"/> Jardinería |
| <input type="checkbox"/> Limpiar el jardín | <input type="checkbox"/> Ciclismo / bicicleta         | <input type="checkbox"/> Correr / trotar      | <input type="checkbox"/> Deportes en equipo | <input type="checkbox"/> Deportes de raqueta | <input type="checkbox"/> Yoga       |
| <input type="checkbox"/> Artes marciales   | <input type="checkbox"/> Clases de aeróbicos          | <input type="checkbox"/> Clases de ejercicios | <input type="checkbox"/> Pilates            | <input type="checkbox"/> Estiramientos       | <input type="checkbox"/> Balance    |
| <input type="checkbox"/> Baile             | <input type="checkbox"/> Entrenamiento de resistencia | <input type="checkbox"/> Escalar rocas        |   |  |                                     |

Otro: \_\_\_\_\_

Veces por semana: 1 2 3 4 5 6 7 >7

Minutos al día en promedio: 5-10 10-15 15-20 20-30 30-45 45-60 60-90 90-120 >120

**Sueño:** En una escala del 1 al 10, circule el número que corresponda a la calidad de su sueño actualmente (1 = no descansa nada y 10 = completamente descansado):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Circule la cantidad de horas que usted duerme cada noche en promedio:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 >10

**Luz Solar:** Marque todos los recuadros que describan su exposición al sol la mayoría de los días; luego circule el total de minutos al día que se expone adecuadamente a la luz solar en promedio (exposición de >50% de la piel con un índice UV >3 y <6, generalmente entre las 10am y las 2pm):

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mínima                     | <input type="checkbox"/> Ocasional de manera incidental | <input type="checkbox"/> Ocasional a propósito                  |
| <input type="checkbox"/> Significativa, a propósito | <input type="checkbox"/> Trabajo en exteriores          | <input type="checkbox"/> Actividades / ejercicios en exteriores |

Minutos de luz solar de alta calidad al día: 0 5 10 15 20 30 45 60 90 120 >120

**ANTECEDENTES DE MENSTRUACION / EMBARAZOS / PARTOS:** (Solamente pacientes nuevos del sexo femenino)

**Ciclo Menstrual:**

Fecha del último periodo menstrual: \_\_\_\_\_

Marque el recuadro que mejor represente la regularidad de su ciclo menstrual y luego anote abajo la duración de su ciclo:

- Ciclo regular     Ciclo moderadamente irregular     Ciclo muy irregular     Sin ciclo

Cantidad de días desde el primer día de su periodo menstrual hasta el primer día de su siguiente periodo: \_\_\_\_\_

Duración de su periodo (cantidad promedio de días que dura su periodo): \_\_\_\_\_

Marque el recuadro que mejor describa su flujo menstrual (qué tan abundante es el sangrado durante su periodo):

- Sangrado escaso     Sangrado ligero     Sangrado moderado     Sangrado abundante

Marque todos los recuadros que describan sus periodos menstruales:

- Sin problemas     Calambres moderados     Calambres severos     Distensión abdominal  
 Alteraciones en el estado de ánimo (SPM)     Otros problemas \_\_\_\_\_

Edad a la cual tuvo su primer ciclo menstrual \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Contracepción (Control de la Natalidad):**

Marque todos los recuadros que representen los tipos de contracepción que usted utiliza actualmente:

- |   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno            | <input type="checkbox"/> Abstinencia             | <input type="checkbox"/> Condones, hombre      | <input type="checkbox"/> Condones, mujer    | <input type="checkbox"/> Implante contraceptivo   |
| <input type="checkbox"/> Espermicida        | <input type="checkbox"/> Depo-Provera            | <input type="checkbox"/> Diafragma             | <input type="checkbox"/> Histerectomía      | <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino |
| <input type="checkbox"/> NuvaRing           | <input type="checkbox"/> Píldora del día después | <input type="checkbox"/> Contraceptivos orales | <input type="checkbox"/> Método del ritmo   | <input type="checkbox"/> Esponja contraceptiva    |
| <input type="checkbox"/> Coito interrumpido | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas     |  | <input type="checkbox"/> Vasectomía, pareja |   |

**Citologías Vaginales (Papanicolau):**

Fecha aproximada de la última citología vaginal: \_\_\_\_\_  Normal  Anormal

**Embarazos:**

Estatus de embarazo actual:  No embarazada  Embarazada  Positivo en prueba casera  Embarazo posible

¿Problemas para embarazarse?:  Sí  No

Cantidad de embarazos totales (gravidez): \_\_\_\_\_

¿Problemas durante algún embarazo?:  Sí  No

Marque todos los recuadros correspondientes a cualquier problema que haya tenido durante sus embarazos:

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso                               | <input type="checkbox"/> Depresión                      | <input type="checkbox"/> Eclampsia (convulsiones)                              | <input type="checkbox"/> Embarazo ectópico           |
| <input type="checkbox"/> Líquido amniótico en exceso         | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo              | <input type="checkbox"/> Aumento de peso excesivo                              | <input type="checkbox"/> Vómito excesivo             |
| <input type="checkbox"/> Sufrimiento fetal                   | <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional           | <input type="checkbox"/> Aumento de peso inadecuado                            | <input type="checkbox"/> Cuidado prenatal inadecuado |
| <input type="checkbox"/> Infección (amnionitis)              | <input type="checkbox"/> Líquido amniótico escaso       | <input type="checkbox"/> Placenta previa (implantación anormal de la placenta) |  |
| <input type="checkbox"/> Preclampsia (hipertensión arterial) | <input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membranas | <input type="checkbox"/> Trabajo de parto prematuro                            |  |
| <input type="checkbox"/> Placenta retenida                   | <input type="checkbox"/> Muerte fetal / mortinato       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                         |   |  |  |

Cantidad total de partos (paridad):  # de partos vaginales \_\_\_\_\_  # de cesáreas \_\_\_\_\_  
 # de partos a término \_\_\_\_\_  # de partos pre-término \_\_\_\_\_

Complicaciones durante el embarazo:  Ninguna  Sí, # \_\_\_\_\_

Marque todos los recuadros correspondientes a cualquier problema que haya tenido durante sus partos:

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Placenta anormal                      | <input type="checkbox"/> Parto con fórceps fallido | <input type="checkbox"/> Extracción por vacío fallida   | <input type="checkbox"/> Sufrimiento fetal |
| <input type="checkbox"/> Nudo del cordón umbilical             | <input type="checkbox"/> Sangrado materno          | <input type="checkbox"/> Cordón umbilical con dos vasos |  |
| <input type="checkbox"/> Cordón umbilical alrededor del cuello | <input type="checkbox"/> Complicaciones de cesárea |   |  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                           |  |   |  |

Cantidad total de embarazos terminados (abortos):  Espontáneos (involuntarios) # \_\_\_\_\_  Electivos # \_\_\_\_\_

Cantidad total de embarazos de gestación múltiple (gemelos, trillizos, etc.):

- 0       1       2       3       4       >4

¿Recibió la serie Gardasil completa (vacuna para VPH)?:

- Sí       No       No estoy segura

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**PROVEEDORES / MEDICOS TRATANTES:**

Por favor enliste a cualquier médico, profesionalista de salud o proveedor "no tradicional" a quien usted esté consultando actualmente o haya consultado en los últimos 1-2 años (por favor incluye los tratamientos recibidos de proveedores en cualquiera de las siguientes disciplinas: medicina convencional, osteopatía, acupuntura, tratamiento quiropráctico, naturopatía, homeopatía, terapia física, etc.):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

---

**OBJETIVOS DE SALUD:**

Por favor enliste sus 3 principales objetivos de salud en orden de importancia (díganos lo que se debe lograr para que usted sienta que ha tenido una experiencia y curación exitosa con nosotros):

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
-

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### **REVISION DE SISTEMAS:**

Por favor marque el recuadro que corresponda a cualquiera de los siguientes síntomas o problemas que usted haya tenido recientemente o si tiene alguna inquietud sobre ellos. Si usted no comprende algo, anote un signo de interrogación "?" a un lado. Por favor marque el recuadro Normal si usted no tiene alguno de los síntomas o problemas enlistados en el recuadro correspondiente. Su médico comentará cualquier respuesta positiva con usted.

#### **General:** Normal

- Pérdida del apetito
- Escalofríos
- Cambios en la dieta
- Fatiga
- Fiebre
- Sudoración nocturna
- Temblores
- Aumento de peso
- Pérdida de peso

#### **Piel:** Normal

- Amaratamiento
- Cambio en verruga/lunar
- Vello grueso
- Piel áspera/rugosa
- Piel fría
- Labios partidos
- Resequedad
- Sudoración excesiva
- Crecimiento de vello
- Caída del cabello
- Urticaria
- Escozor/picazón
- Cambios en las uñas
- Lesiones nuevas
- Erupciones/salpullido
- Cambio de color de la piel
- Ulceraciones

#### **Cuello:** Normal

- Dolor del cuello
- Rigidez del cuello
- Inflamación del cuello
- Inflamación de glándulas

#### **HEENT:** Normal

- Dolor de cabeza
- Visión borrosa
- Visión doble
- Lagrimeo excesivo
- Dolor en los ojos
- Enrojecimiento de ojos
- Glaucoma
- Pérdida visual
- Uso de anteojos/lentes de contacto
- Pérdida de la audición
- Secreciones del oído
- Infección del oído
- Dolor de oídos
- Campanilleo en los oídos
- Sensación de vértigo
- Goteo nasal
- Sangrado de la nariz
- Resfriados frecuentes
- Congestión nasal
- Estornudos
- Alergias de temporada
- Apnea del sueño
- Dolor de senos nasales
- Ronquidos
- Ulceras en boca o labios
- Sangrado de las encías
- Ronquera
- Irritación de la garganta
- Boca seca
- Disminución del sentido del olfato
- Entumecimiento/cosquilleo facial
- Decreased Sense of Taste
- Sensación de asfixia
- Dificultad para masticar

#### **Respiratorio:** Normal

- Tos
- Tos con sangre
- Menor tolerancia al ejercicio
- Dificultad para respirar
- Falta de respiración
- Expectoración
- Jadeo

#### **Senos:** Normal

- Masa en el seno
- Dolor de seno
- Inflamación de seno
- Secreción de los pezones
- Dolor en pezones
- Cambio de tamaño reciente
- Cambios en la piel

#### **Cardiovascular:** Normal

- Dolor de pecho
- Dificultad para respirar al estar acostado
- Presión arterial elevada
- Desvanecimiento/pérdida del conocimiento
- Soplos del corazón
- Stent coronario
- Latidos irregulares del corazón
- Calambres en las piernas
- Inflamación de las piernas
- Calambres nocturnos
- Frecuencia cardiaca rápida
- Frecuencia cardiaca lenta



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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

(Revisión de Sistemas – Continuación)

**Gastrointestinal:**  Normal

- Masa abdominal
- Dolor abdominal
- Inflamación abdominal
- Eructos
- Heces negras y oscuras
- Estreñimiento
- Diarrea
- Dificultad para tragar
- Exceso de gases
- Intolerancia a la comida
- Se llena rápido al comer
- Hemorroides
- Acidez gástrica
- Incontinencia al evacuar
- Indigestión
- Ictericia
- Uso de laxantes
- Náusea
- Dolor al tragar
- Dolor al evacuar
- Sangrado del recto
- Vómito
- Vómito con sangre

**Genitourinario:**  Normal

(Hombres y mujeres)

- Sangre en la orina
- Cambios en el chorro de orina
- Dolor de costado/lateral
- Vacilación urinaria
- Incontinencia
- Dolor al orinar
- Urgencia urinaria
- Retención urinaria
- Micción nocturna
- Filtración de orina

(Hombres solamente)

- Erecciones difíciles
- Lesiones del pene
- Masa testicular
- Dolor testicular
- Secreciones del pene

(Mujeres solamente)

- Ausencia de menstruación
- Dificultad para vaciar la vejiga
- Sangrado menstrual excesivo
- Sangrado no menstrual excesivo
- Micción excesiva
- Irregularidades en la menstruación
- Dolor al tener relaciones sexuales
- Menstruación dolorosa
- Dolor pélvico
- Secreciones de la uretra
- Sangrado vaginal
- Secreciones vaginales
- Resequedad vaginal
- Líquido vaginal
- Picazón/ardor vaginal

**Musculoesquelético:**  Normal

- Dolor de espalda
- Disminución del rango de movimiento
- Dolor en articulaciones
- Enrojecimiento en articulaciones
- Rigidez en articulaciones
- Inflamación de articulaciones
- Desgaste muscular
- Calambres musculares
- Dolor muscular
- Debilidad muscular

**Neurológico:**  Normal

- Disminución de la memoria
- Dificultad para hablar
- Mareo
- Distracción con facilidad
- Desmayos
- Hiperactividad
- Falta de coordinación
- Pérdida del conocimiento
- Entumecimiento
- Ataques
- Derrame cerebral
- Tremor
- Dificultad para caminar
- Sensación inusual
- Inestabilidad
- Debilidad en un brazo o una pierna
- Debilidad generalizada
- Espasmos musculares
- Hormigueo/cosquilleo

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Psiquiátrico:**       Normal

- Ansiedad
- Cambios en los patrones del sueño
- Depresión
- Desorientación
- Despertar temprano
- Irritabilidad
- Miedo/temor
- Llanto frecuente
- Alucinaciones
- Hipersomnia
- Pérdida de la memoria
- Cambios de humor
- Nerviosismo
- Ataques de pánico
- Pensamientos suicidas
- Planes suicidas
- Problemas para dormir
- Cambios de personalidad

**Endocrino/Glándulas:**  Normal

- Cambios en el apetito
- Intolerancia al frío
- Disminución de la sudoración
- Sudoración excesiva
- Sed excesiva
- Cambios en el vello/cabello
- Intolerancia al calor
- Bochornos
- Cambios de la libido
- Disfunción sexual
- Problemas de la tiroides

**Hematología:**       Normal

- Anemia
- Coágulos de sangre
- Amaratamiento con facilidad
- Sangrado con facilidad
- Agrandamiento de nódulos linfáticos
- Problemas de las glándulas
- Dolor en nódulos linfáticos

**Comentarios Adicionales (utilice el siguiente espacio para agregar cualquier información adicional que usted desee proporcionarnos):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---