**NOMBRE DEL PACIENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **General** |  |  | **Oidos/ Nariz/ Boca** |  |  |
| Ha tenido fiebre, escalofrios, o sudores? | Si | N | Dolor de oído | Si | N |
| Ha ganado o perdido de peso últimamente? | Si | N | Dolor de garganta/ronquera | Si | N |
| Cuántas libras? | \_\_\_\_\_\_\_\_ | Problemas de sinusitis | Si |  N |
| Other |  |  | Other |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Ojos** |  |  | **Genitourinario** |  |  |
| Ve borroso a veces? | Si | N | Sangre en la Orina | Si | N |
| Doble vision? | Si | N | Doloroso/Orina frecuente | Si | N |
| Ha perdido la vision alguna vez? | Si | N | Menstruacion irregular | Si | N |
| Other |  |  | Flujo vaginal/Picazon | Si | N |
|  |  |  | Dolor durante o despues de rel. sexual | Si | N |
|  |  |  | Other |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Alergico/Inmunologico** |  |  | **Respiratorio** |  |  |
| Alergias nasals | Si | N | Asma | Si | N |
| Alergias a medicinas | Si | N | Tos cronica | Si | N |
| Ha tenido infecciones? | Si | N | Corto de respiracion | Si | N |
| Other |  |  | Other |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Neurologico** |  |  | **Hematologico/Linfatico** |  |  |
| Convulsiones? | Si | N | Anemia | Si | N |
| Dificultades durmiendo | Si | N | Glándulas inflamadas | Si | N |
| Dolores de cabeza | Si | N | Problema de coagulación de la sangre | Si | N |
| Other |  |  | Other |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Endocrino** |  |  | **Psiquiatrico** |  |  |
| Sed excesiva | Si | N | Ningun gusto en la vida | Si | N |
| Intolorancia al calor/frio  | Si | N | Se siente deprimido: | Si | N |
| Cansansio | Si | N | Ha considerado suicidio? | Si | N |
| Other |  |  | Other |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Cardiaco** |  |  | **Musculo-esqueleto** |  |  |
| Dolor en el pecho | Si | N | Dolor en la articulaciones? | Si | N |
| Pulso alterado/Palpitaciones | Si | N | Tiene hinchazón en las coyunturas? | Si | N |
| Presion alta | Si | N | Artritis | Si | N |
| Other |  |  | Other |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Gastrointestino** |  |  | **Integumentario** |  |  |
| Dolor abdominal | Si | N | Salpullido de la piel | Si | N |
| Nausea/vomitos | Si | N | Flujo del pezon | Si | N |
| Diarrea | Si | N | Picazón persistente | Si | N |
| Other |  |  | Other |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Revision De Sistemas**

**Physician Reviewed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Dr. ( )**