D H E C
PROMOTE PROTECT PROSPER

Hoja de trabajo de Revisión por sistemas

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

¿Usa productos de tabaco? ☐ No ☐ Sí; Si la respuesta de afirmativa, ¿de qué tipo? _____
Si la respuesta es afirmativa, ¿le gustaría dejar de usarlos? ☐ No ☐ Sí

A continuación marque todos los síntomas que se hayan presentado dentro del último año O desde su última consulta.

1. General
- ☐ Ningún problema
- ☐ Fiebre o escalofríos
- ☐ Sudores nocturnos
- ☐ Pérdida de pelo de causa desconocida (alopecia)

2. Ojos
- ☐ Ningún problema
- ☐ Problemas con la visión (visión borrosa, pérdida de la visión)
- ☐ Dolor en los ojos

3. Oídos/Boca/Garganta
- ☐ Ningún problema
- ☐ Mareos
- ☐ Llagas en la boca
- ☐ Ganglios inflamadas en el cuello
- ☐ Dolor de garganta/dolor al tragar
- ☐ Problemas dentales (los dientes/las encías) _____

4. Cardiovascular
- ☐ Ningún problema
- ☐ Dolor en el pecho (agudo, aplastante o una sensación de pesadez)
- ☐ Aceleración del corazón (palpitaciones)
- ☐ Repentina falta de aliento de noche o cuando usted está acostado
- ☐ Dolor
- ☐ Desmayos
- ☐ periodos de desvanecimiento
- ☐ Hinchazón de las piernas (edema)

5. Respiratorio (Pulmones/Respiración)
- ☐ Ningún problema
- ☐ Falta de aliento
- ☐ Tos/toser sangre

6. Gastrointestinal (Estómago/Intestinos)
- ☐ Ningún problema
- ☐ Dolor de estómago
- ☐ Cambio de apetito
- ☐ Diarrea
- ☐ Náuseas/vómitos

7. Genitourinario (Urinario/sexual)

Hombres y mujeres
- ☐ Ningún problema
- ☐ Dolor al orinar
- ☐ Necesidad de orinar con más frecuencia (durante el día o la noche)
- ☐ Dolor durante las relaciones sexuales
- ☐ Llagas (vagina, pene, recto)
- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Infección en la vejiga/otras infecciones
- ☐ Cambios del deseo sexual

Mujeres:
- ☐ Cambios en el periodo menstrual
- ☐ Flujo vaginal
- ☐ Uso de duchas vaginales
- ☐ Periodos menstruales dolorosos
- ☐ Tres o más infecciones vaginales por hongos al año

Hombres:
- ☐ Flujo por el pene (goteo)
- ☐ Huevos hinchados (escroto)

POR FAVO, MIRE EL REVERSO DE LA HOJA Y COMPLETE LA PÁGINA 2

8. Musculo esquelético (Músculos/huesos)

- ☐ Ningún problema
- ☐ Dolor de las articulaciones
- ☐ Adormecimiento, hormigueo o debilidad de los brazos o las piernas
- ☐ Movimiento limitado de los brazos o piernas
- ☐ Hinchazón, enrojecimiento o dolor de la pantorrilla o del muslo

9. Neurológico

- ☐ Ningún problema
- ☐ Nuevos dolores de cabeza
- ☐ Dolores de cabeza frecuentes y severos
- ☐ Dolores de cabeza con cambios visuales
- ☐ Problemas de memoria o del habla

10. Psiquiátrico/social

- ☐ Ningún problema
- ☐ Ha tratado de hacerse daño a sí mismo(a) o a otra persona
- ☐ Ha experimentado abuso sexual o físico
- ☐ Ver o escuchar cosas (alucinaciones)
- ☐ Pensamientos suicidas
- ☐ Depresión/ansiedad
- ☐ Vaivenes de ánimo

11. Endocrinológico

- ☐ Ningún problema
- ☐ Sed continua
- ☐ Aumento de vello facial (sólo se aplica a las mujeres)
- ☐ Aumento/pérdida de peso
- ☐ Incapacidad de aguantar cambios de temperatura (calor/frío)

12. Linfático (Ganglios)

- ☐ Ningún problema
- ☐ Ganglios inflamados (en la axila/el ingle)

13. Piel

- ☐ Ningún problema
- ☐ Erupción (en la palma de las manos o la planta de los pies)
- ☐ Llagas (Si la respuesta es afirmativa, ¿dónde? _____
- ☐ Cambios en la piel

14. Alergias

- ☐ Ningún problema
- ☐ Urticaria
- ☐ Reacción alérgica a medicamentos/ fármacos/ látex

15. Otros……Por favor, anótelos.