

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

### Revisión de Sistemas: Ha tenido problemas con alguna de las siguientes?

#### Cardiovascular:

	No _____		
	Presente	Pasado	No
Mala circulación			
Presión arterial alta			
Aneurisma aórtico			
Enfermedades del Corazón			
Ataque al corazón			
Dolor de pecho			
Colesterol alto			
Marcapasos			
Dolor de mandíbula			
Lazos del corazón irregulares			
Hinchazón de piernas			

#### Sistema genitourinario:

	No _____		
	Presente	Pasado	No
Enfermedad renal			
Parte inferior del dolor			
Ardor al orinar			
Micción frecuente			
Sangre en la orina			
De cálculos renales			

#### Hematología/Linfática

	No _____		
	Presente	Pasado	No
Hepatitis			
Los coágulos de sangre			
Cáncer			
Le sale moretes			
Sangrado fácil			
Fiebres/escalofrío/sudor			

#### Neurologico:

	No _____		
	Presente	Pasado	No
Golpe			
Convulsiones			
Lesiones en la Cabeza			
Aneurisma cerebral			
Entumecimiento			
Dolores de cabeza severos			
Compresión de los nervios			
La enfermedad de Parkinson			
Del túnel carpiano			
Spinning / Balance			

#### Respiratorios:

	No _____		
	Presente	Pasado	No
Asma			
Tuberculosis			
Falta de aliento			
Enfisema			
Resfriado o la gripe			
Tos o sibilancias			

#### Oídos / Nariz / Garganta:

	No _____		
	Presente	Pasado	No
Mareos			
Pérdida de la audición			
Infección Sinus			
Hemorragia nasal			
Dolor de garganta			
Dificultad para tragar			
Encías Sangrantes			

#### Ojos:

	No _____		
	Presente	Pasado	No
Glaucoma			
Double Vision			
Visión borrosa			

#### Tegumentario:

	No _____		
	Presente	Pasado	No
Úlceras en la piel			
Enfermedades de piel			
Eczema			
Psoriasis			
Erupciones			

#### Trastornos psiquiátricos:

	No _____		
	Presente	Pasado	No
Depresión			
Trastorno de ansiedad			
Estrés inusual			

#### Contextura:

	No _____		
	Presente	Pasado	No
Pérdida de Peso / Gain			
Nivel de energía de problemas			
Dificultad para dormir			

#### Alergias/ inmunológicas:

	No _____		
	Presente	Pasado	No
The Hives			
Trastorno inmunológico			
VIH / SIDA			
Vacunas para alergias			
Uso de cortisona			

#### Gastrointestinal:

	No _____		
	Presente	Pasado	No
Problemas de vesícula biliar			
Problemas intestinales			
Estreñimiento			
Problemas de hígado			
Úlceras			
Diarrea			
Náusea/vómitos			
Sangre en las heces			
Poco apetito			

#### Trastornos musculoesqueléticos:

	No _____		
	Pasado	No	
Gota			
Artritis			
Conjunto Rigidez			
Debilidad muscular			
Osteoporosis			
Huesos quebrados reciente de articulaciones			

#### Endocrinología:

	No _____		
	Presente	Pasado	No
Enfermedad de la tiroides			
Diabetes			
La pérdida de cabello			
La menopausia			
Problemas menstruales			