



REVISION DE LA LISTA DE SISTEMAS

Porfavor marque en la caja apropiada si padece lo siguiente:

General

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aumento/Perdida de peso | <input type="checkbox"/> Fiebre o escalofrio | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Debilidad | |

Piel

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Erupciones | <input type="checkbox"/> Comezon | <input type="checkbox"/> Cambio en el color |
| <input type="checkbox"/> Bultos | <input type="checkbox"/> Resequedad | <input type="checkbox"/> Cambios en el pelo y uñas |

Cabeza

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Lesion en la cabeza |
|--|--|

Oidos

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Disminucion de la audicion | <input type="checkbox"/> Dolor de oido | <input type="checkbox"/> Zumbido en los oidos (tinnitus) |
| <input type="checkbox"/> Drenaje | | |

Ojos

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vision | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Vision borrosa o doble |
| <input type="checkbox"/> Lentes o contactos | <input type="checkbox"/> Luces intermitentes | <input type="checkbox"/> Ultimo examen de la vista |
| <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Manchas | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | | |

Nariz

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Congestion | <input type="checkbox"/> Comezon | <input type="checkbox"/> Sangrado |
| <input type="checkbox"/> Secrecion | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Dolor por sinusitis |

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

Garganta

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dientes | <input type="checkbox"/> Dolor en la lengua | <input type="checkbox"/> Tordo |
| <input type="checkbox"/> Encias | <input type="checkbox"/> Boca seca | <input type="checkbox"/> Llagas que no cierran |
| <input type="checkbox"/> Sangramiento | <input type="checkbox"/> Dolor en la garganta | <input type="checkbox"/> Ultimo examen medico |
| <input type="checkbox"/> Dentadura postiza | <input type="checkbox"/> Ronquera | |
-

Cuello

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bultos | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Glandulas inflamadas | <input type="checkbox"/> Rigidez |
-

Senos

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bultos | <input type="checkbox"/> Secrecion | <input type="checkbox"/> Amamantamiento |
| <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Auto-examen | <input type="checkbox"/> Antes de biopsia/cirugia |
-

Respiratorio

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tos (seca o humeda, productiva) | <input type="checkbox"/> Resuello/Jadeo |
| <input type="checkbox"/> Esputo (color y cantidad) | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Respiracion dolorosa | <input type="checkbox"/> Tos con sangre (hemoptisis) |
-

Neuro

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Despierto, alerta/ orientado | <input type="checkbox"/> CN II- XII intacto | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Paso (normal o abnormal) | | |
| <input type="checkbox"/> Sensorial intacto | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

Anh Lee, MD
3270 Joe Battle, Suite #360 El Paso, TX 79938
T: 915.351.9000 F: 915.351.9041