



REVISION DE LA LISTA DE SISTEMAS

Porfavor marque en la caja apropiada si padece lo siguiente:

General

Aumento/Perdida de peso
Fatiga

Fiebre o escalofrio
Debilidad

Dificultad para dormir

Piel

Erupciones
Bultos

Comezon
Resequedad

Cambio en el color
Cambios en el pelo y uñas

Cabeza

Dolor de cabeza

Lesion en la cabeza

Oidos

Disminuicion de la audicion
Drenaje

Dolor de oido

Zumbido en los oidos (tinnitus)

Ojos

Vision
Lentes o contactos
Dolor
Glaucoma

Cataratas
Luces intermitentes
Manchas

Vision borrosa o doble
Ultimo examen de la vista
Enrojecimiento

Nariz

Congestion
Secrecion

Comezon
Fiebre de heno

Sangrado
Dolor por sinusitis

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

Pagina 2

Garganta

Dientes
Encias
Sangramiento
Dentadura postiza

Dolor en la lengua
Boca seca
Dolor en la garganta
Ronquera

Tordo
Llagas que no cierran
Ultimo examen medico

Cuello

Bultos
Glandulas inflamadas

Dolor
Rigidez

Senos

Bultos
Dolor

Secrecion
Auto-examen

Amamantamiento
Antes de biopsia/cirugia

Respiratorio

Tos (seca o humeda, productiva)

Espujo (color y cantidad)

Respiracion dolorosa

Resuello/Jadeo

Dificultad para respirar

Tos con sangre (hemoptisis)

Neuro

Despierto, alerta/ orientado

CN II- XII intacto

Otro

Paso (normal o abnormal)

Sensorial intacto

Otro _____

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

Anh Lee, MD

1141 Caper Rd

T: 915.351.9000 F: 915.351.9041

Adoptado: 10/15