

Repaso de Sistemas

NOMBRE: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

<u>OJOS</u>	SÍ	NO	<u>Respiratorio</u>	SÍ	NO	<u>Sangre/ Nódulos</u>	SÍ	NO
Cirugía Previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentes de Contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado de Encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado Prolongado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión Doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso Excesivo de Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Gastrointestinal</u>	SÍ	NO	<u>Músculoeskeletal</u>	SÍ	NO
Degeneración Macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rigidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojo Seco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náusea/Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relámpagos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor/ Hinchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flotadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
			<u>Génito-Urinario</u>	SÍ	NO	<u>Piel</u>	SÍ	NO
<u>Oídos, Nariz y Garganta</u>	SÍ	NO	Dolor/Dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rash/Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al Oír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado en Orine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumbido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piedras en Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria/Eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
						<u>Neurológico</u>	SÍ	NO
<u>Corazón</u>	SÍ	NO	<u>Siquiátrico</u>	SÍ	NO	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de Pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad/Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debilidad/Parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios de Animo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adormecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad al Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de Aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Latidos Irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Endocrino</u>	SÍ	NO	<u>Inmunológico</u>	SÍ	NO
Dificultad en Acostarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mucha Sed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Mucha Hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Picor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Constitucional</u>	SÍ	NO	Mucha Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corredera Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansancio/ Debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mucho Sudor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión en los Senos Faciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en las Uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pérdida o Ganancia de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						