

Revisión de sistemas

FECHA: _____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

MOTIVO DE LA VISITA DE HOY: _____

¿ACTUALMENTE EL PACIENTE PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

IS THE PATIENT CURRENTLY HAVING ANY OF THE FOLLOWING SYMPTOMS?

		Sí / Yes	No
CONSTITUCIONAL / CONSTITUTIONAL	Fiebre/Escalofríos / Fever/Chills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OJOS / EYES	Lagrimo excesivo / Excessive Tearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDÍACO / CARDIAC	Edema (inflamación) / Edema (swelling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRATORIO / RESPIRATORY	Sibilancias/Asma / Wheezing/Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GASTROINTESTINAL / GASTROINTESTINAL	Diarrea/ Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTEGUMENTO (PIEL) / INTEGUMENT (SKIN)	Heridas que no cicatrizan / Non-Healing Sores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUROLÓGICO / NEUROLOGIC	Convulsiones / Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUSCULOESQUELÉTICO / MUSCULOSKELETAL	Movimiento limitado / Limitation of Motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENDOCRINO / ENDOCRINE	Sed excesiva / Excessive Thirst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEMATOLÓGICO (HEMATOLÓGICO-LINFÁTICO) / HEMATOLOGIC (HEME-LYMPH)	Contusión fácil/Hemorragia / Easy Bruising/Bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SALUD Y EXÁMENES DE DETECCIÓN PREVENTIVA / HEALTH AND PREVENTATIVE SCREENING			
<p>¿HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES? / HAVE YOU HAD ANY OF THE FOLLOWING?</p> <p>¿UN MÉDICO LE HA RECOMENDADO UN PLAN DE DIETA/EJERCICIO O ACTUALMENTE ESTÁ SIGUIENDO UN PLAN DE DIETA / BEEN RECOMMENDED A DIET/EXERCISE PLAN BY A PHYSICIAN OR CURRENTLY ON A DIET PLAN? <input type="checkbox"/> SÍ / YES <input type="checkbox"/> NO</p>			
VACUNA CONTRA LA INFLUENZA - VACUNA CONTRA LA GRIPE / INFLUENZA VACCINE - FLU SHOT	<input type="checkbox"/> SÍ / YES <input type="checkbox"/> NO	CUÁNDO / WHEN	
VACUNA CONTRA LA NEUMONÍA – ALGUNA VEZ / PNEUMONIA VACCINE - EVER	<input type="checkbox"/> SÍ / YES <input type="checkbox"/> NO	CUÁNDO / WHEN	
MAMOGRAFÍA - EN LOS ÚLTIMOS 27 MESES / MAMMOGRAM - LAST 27 MONTHS	<input type="checkbox"/> SÍ / YES <input type="checkbox"/> NO	CUÁNDO / WHEN	
COLONOSCOPIA - EN LOS ÚLTIMOS 9 AÑOS / COLONOSCOPY - LAST 9 YEARS	<input type="checkbox"/> SÍ / YES <input type="checkbox"/> NO	CUÁNDO / WHEN	

	Oído derecho / Right Ear	Ambos oídos / Both Ears	Oído izquierdo / Left Ear
PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN / HEARING LOSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TINNITUS (RUIDO EN EL OÍDO) / TINNITUS (NOISE IN EAR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESIÓN/SENSACIÓN DE OCUPACIÓN / PRESSURE/FULLNESS SENSATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR DE OÍDO / EAR PAIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUPURACIÓN DE LOS OÍDOS / EAR DRAINAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque el comportamiento social e indique con qué frecuencia, si ha abandonado el comportamiento social indique "ya no" <i>Please Check Social Behavior and Indicate how often, if former indicate former</i>		
	¿Cuánto? / <i>How much?</i>	¿Con qué frecuencia? / <i>How Often?</i>
TABACO - FUMAR O MASTICAR / <i>TOBACCO - SMOKE OR CHEW</i>		
ALCOHOL		

Clinical USE only

Review of Medications Completed

BMI - Normal

BMI - Above/Below

Discussed Tx Plan Yes No

Already on a Tx Plan

Completed by: _____