

## Revisión de sistemas

Nombre del paciente: MRN: Fecha de nacimiento: Fecha del día: **8/6/2018**

**Por favor, responda las siguientes preguntas con sinceridad y lo mejor que pueda.**

*En los últimos 6 meses, ¿ha sufrido ALGO de lo siguiente?*

### General:

- |   |                          |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 1. Cambios inexplicables recientes en su peso | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 2. Fiebres inexplicables                      | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 3. Sudores nocturnos                          | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 4. Debilidad o fatiga                         | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 5. Pérdida de apetito                         | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 6. Deficiencias inmunes                       | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 7. Problemas para dormir                      | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 8. Somnolencia diurna                         | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |

### Músculo-esquelético:

- |                                   |                          |   |                          |   |
|-----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 9. Dolor en la articulación       | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 10. Hinchazón en la articulación  | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 11. Dolor muscular                | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 12. Calambres musculares          | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 13. Historial de dolor de espalda | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 14. Problemas al caminar          | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |

### Piel:

- |   |                          |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 15. Salpullidos                                   | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 16. Cambios en la piel                            | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 17. Cambios en las uñas                           | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 18. Cambios en el cabello (por ejemplo, sequedad) | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 19. Llagas que no se curan                        | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |

### Cabeza:

- |                                  |                          |   |                          |   |
|----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 20. Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
|----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|

### Ojos:

- |                             |                          |   |                          |   |
|-----------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 21. Dolor de ojo (molestia) | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 22. Visión doble            | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 23. Visión borrosa          | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |

### Oídos, Nariz y Garganta:

- |                            |                          |   |                          |   |
|----------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 24. Zumbido en los oídos   | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 25. Dolor de oído          | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 26. Secreción nasal        | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 27. Sangrado nasal         | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 28. Dolor de sinusitis     | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 29. Dolor                  | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 30. Ronquera               | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 31. Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 32. Boca seca              | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 33. Ronquidos              | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |

### Respiratorio:

- |   |                          |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 34. Dolor en el pecho   | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 35. Sibilancia  | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 36. Tos <input type="checkbox"/> productiva <input type="checkbox"/> seca | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 37. Historial de tuberculosis   | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 38. Historial de fumar  | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 39. Dificultad para respirar/falta de aire                                | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 40. Historial de neumonía   | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |

### Hematológico/linfático:

- |                          |                          |   |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 41. Glándulas inflamadas | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 42. Moretones fácilmente | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |

### Neurológico:

- |                                      |                          |   |                          |   |
|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 43. Desmayos                         | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 44. Historial de convulsiones        | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 45. Pérdida de memoria               | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 46. Entumecimiento                   | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 47. Estremecimiento                  | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 48. Pérdida del control de la vejiga | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 49. Pérdida del control intestinal   | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 50. Cambios de humor                 | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 51. Depresión                        | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |

### Cardiovascular:

- |                                       |                          |   |                          |   |
|---------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 52. Ansiedad                          | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 53. Historial de problemas cardíacos  | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 54. Presión arterial alta             | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 55. Presión arterial baja             | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 56. Dolor en el pecho o palpitaciones | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |

Si la respuesta es sí: ¿Qué los causa? \_\_\_\_\_

¿Cuánto dura? \_\_\_\_\_

¿Qué lo hace sentir mejor? \_\_\_\_\_

¿Qué lo empeora? \_\_\_\_\_

¿Dónde está? \_\_\_\_\_

¿Cómo se siente? \_\_\_\_\_

- |   |                          |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 57. Dificultad para respirar durante actividades normales | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 58. Mareos  | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 59. Pérdida del conocimiento                              | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 60. Hinchazón de piernas                                  | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |
| 61. Mareos  | <input type="checkbox"/> | N | <input type="checkbox"/> | S |

**Gastrointestinal:**

- 62. Dolor abdominal  N  S
- 63. Diarrea frecuente  N  S
- 64. Estreñimiento  N  S
- 65. Acidez  N  S
- 66. Náuseas o vómitos inexplicables  N  S
- 67. Historial de hepatitis  N  S
- 68. Úlceras  N  S
- 69. Cambios de apetito  N  S
- 70. Heces oscuras o con sangre  N  S

**Urinario:**

- 71. Orina con demasiada frecuencia  N  S
- 72. Orina con dolor  N  S
- 73. Infecciones urinarias  N  S
- 74. Urgencia urinaria  N  S
- 75. Sangre en la orina  N  S
- 76. Incontinencia urinaria  N  S
- 77. Se despierta de noche para orinar  N  S

**Endocrino:**

- 78. Historial de problemas de tiroides  N  S
- 79. Intolerancia al calor  N  S
- 80. Intolerancia al frío  N  S
- 81. Sudor excesivo  N  S
- 82. Reciente aumento de sed  N  S
- 83. Reciente aumento de apetito  N  S
- 84. Temblores  N  S

**Integumentario/mamas:**

- 85. Nódulos  N  S
- 86. Cambios en lunares o pecas  N  S
- Integumentario/mamas (continuación)
- 87. Cambios en el crecimiento, pérdida o textura del cabello  N  S
- 88. Secreciones en las mamas o los pezones  N  S
- 89. Dolor de mama  N  S

**Movilidad Importa:**

- 90. ¿Tiene problemas para bañarse, vestirse o comer?  N  S
- 91. ¿Tiene problemas con las tareas domésticas livianas (por ejemplo, cocinar, limpiar o lavar la ropa)?  N  S
- 92. ¿Tiene dificultades al subir las escaleras?  N  S
- 93. ¿Tiene dificultades para respirar al hacer una de las tareas mencionadas anteriormente?  N  S
- 94. ¿Se ha caído en los últimos 6 meses?  N  S
- 95. ¿Usa un dispositivo de asistencia para caminar? (bastón o andador)  N  S
- 96. ¿Se siente inestable cuando está de pie?  N  S

**SOLO PARA HOMBRES**

- 97. Historial de problemas de la próstata  N  S

**SOLO PARA MUJERES**

- 98. Historial personal de enfermedad mamaria  N  S
- 99. Historial en la familia de cáncer de mama  N  S
- 100. ¿Ha estado embarazada?  N  S  
Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces?
- 101. Historial personal de cáncer en los ovarios  N  S
- 102. Sangrado o dolor durante la intimidad  N  S
- 103. Picazón o ardor vaginal inusual  N  S
- 104. Vulvar o picazón o ardor vaginal  N  S
- 105. Dolor pélvico  N  S
- 106. Fecha del último periodo menstrual \_\_\_\_\_
- 107. Edad durante el primer periodo menstrual \_\_\_\_\_

**Cribado de Hepatitis C**

- 108. Nacido entre 1945 y 1965  N  S
- 109. Examen previo de Hepatitis C  N  S
- 110. Historial de Hepatitis C  N  S

NECESIDADES ESPECIALES (*marque todo lo que corresponda*)  Ninguna

- Religiosa  Cultural  Emocional  De comunicación  Física  Médica  Aprendiendo  No me siento seguro  Alguien esta tratando de lastimarme

Especifique \_\_\_\_\_

**Riesgo de Suicidio/Homicidio**

- Pensamientos de suicidio/intentos de lastimarse  Sí  No
- Pensamientos de homicidio/violencia hacia los demás  Sí  No

ALERGIAS (*Medicamentos, metales, contraste para rayos X y otras sustancias*)  Sí  No

Si la respuesta es sí, enumere los nombres o el alérgeno y el tipo de reacción:

¿Alguna vez ha experimentado una reacción a la anestesia?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique:

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Avi chai Robinson

03/23/1983

22586700