Piedmont Family Practice
Revisión de Sistemas

Nombre: DOB: La Fecha:

Por favor, utilice una marca de verificación para indicar si ha tenido alguno de estos problemas de forma recurrente o crónica en los últimos 2 años. (Dejar en blanco si no es aplicable.)

	Sí	No
General		
Buena salud general	☐	☐
El cambio de peso reciente	☐	☐
Cambio en el nivel de actividad	☐	☐
Cambio en el apetito	☐	☐
Fiebre/escalofríos	☐	☐
Sudores nocturnos	☐	☐
Cansancio inexplicable	☐	☐
Ojos		
Último examen de la vista _____		
Enrojecimiento	☐	☐
Picazón	☐	☐
Acuosa	☐	☐
Visción borrosa	☐	☐
Visión doble	☐	☐
Contactos/gafas	☐	☐
Oídos		
Dolor	☐	☐
Sintoma de oídos tapados	☐	☐
Disminución de la audición	☐	☐
Sonando	☐	☐
Nariz sangrienta frecuente		
Nariz sangrienta frecuente	☐	☐
Los estornudos frecuentes	☐	☐
Crónica o temporal:		
Goteo post-nasal	☐	☐
Congestionado	☐	☐
	☐	☐
Garganta		
Dolor frecuente	☐	☐
Dificultad para tragar	☐	☐
La ronquera frecuente	☐	☐
Llagas en la boca	☐	☐
Las encías sangrantes	☐	☐
Mal aliento	☐	☐
Respiratoria		
Tos	☐	☐
Sibilancias	☐	☐
Dificultad para respirar:		
En reposo	☐	☐
Con el esfuerzo	☐	☐
Toser:		
Sangre	☐	☐
Esputo/flema	☐	☐

	Sí	No
Cardiovascular		
Palpitaciones	☐	☐
Desmayos	☐	☐
Dolor/presión en el pecho	☐	☐
Hinchazón de manos/pies	☐	☐
Problemas de respirar	☐	☐
Por la noche	☐	☐
# de almohadas usadas _____		
Hematológicas		
Hematomas fáciles	☐	☐
Sangrado excesivo	☐	☐
Ganglios linfáticos argrandadas	☐	☐
Endocrino		
Cambios en:		
Tolerancia al calor/frío	☐	☐
La sed o la micción	☐	☐
Piel reseca	☐	☐
La caída del cabello	☐	☐
Piel		
Erupciones	☐	☐
Picazón generalizada	☐	☐
Cambio en el crecimiento/lunar	☐	☐
crecimiento/lunar	☐	☐
Gastrointestinal		
Dolor abdominal	☐	☐
Pérdida de apetito	☐	☐
Ardor de estómago/indigestión	☐	☐
Náuseas/vómitos	☐	☐
Diarrea	☐	☐
Estreñimiento	☐	☐
Deposiciones:		
Cambio en	☐	☐
Sangre	☐	☐
Dolar durante	☐	☐
Dificultad para controlar	☐	☐
Neurológicos		
Dolores de cabeza frecuentes	☐	☐
Mareado	☐	☐
Convulsiones	☐	☐
Entumecimiento	☐	☐
Temblores	☐	☐
Sensible a la luz	☐	☐
Perdida	☐	☐
Debilidad general	☐	☐

	Sí	No
Genitourinarias		
Orinar frecuente	☐	☐
Dolar al orinar	☐	☐
Urgencia al orinar	☐	☐
Dificultad para iniciar la orina	☐	☐
Problema controlando la orina	☐	☐
El cambio en el sistema urinario	☐	☐
Orinando por la noche	☐	☐
Problemas sexuales	☐	☐
Masculino:		
Impotencia	☐	☐
Dolor de testículo/bulto	☐	☐
Mujer:		
Dolor con periodos	☐	☐
Periodos irregulares	☐	☐
Descarga vaginal	☐	☐
sequedad vaginal	☐	☐
Dolor con las relaciones sexuales	☐	☐
Sangrado vaginal después de la menopausia	☐	☐
PAPs anormales		
Último PAP _____		
Último período menstrual: _____		
Pecho		
Dolor	☐	☐
Terrones	☐	☐
Descarga del pezón	☐	☐
El autoexamen mensual	☐	☐
Mamografía anormal	☐	☐
Último Mamograma: _____	☐	☐
Musculoesqueléticos		
Dolor articular	☐	☐
Rigidez articular	☐	☐
Hinchazón articular	☐	☐
Dolor muscular	☐	☐
Debilidad muscular	☐	☐
Dolor de espalda	☐	☐
Difícil caminar	☐	☐
Psiquiátrico		
Incontrolable	☐	☐
Nervioso/ansioso	☐	☐
Depresión	☐	☐
Insomnio	☐	☐
Llorando fácilmente	☐	☐
Falta de motivación	☐	☐
Falta de concentración	☐	☐
Sentirse triste	☐	☐