

SURGERY ASSOCIATES OF NORTH TEXAS
REVISIÓN DE SISTEMAS

NOMBRE: _____ FECHA: _____

¿Cuál es el motivo de su consulta de hoy? _____

Marque cualquier síntoma o cualquier otro problema que tenga hoy:

____ O marque aquí si no ha tenido síntomas nuevos desde su última consulta

GENERAL:

- ____ Ninguno
- ____ Fiebre
- ____ Escalofríos
- ____ Dolor corporal
- ____ Cansancio
- ____ Pérdida/aumento de peso
- ____ Pérdida del apetito
- ____ Sudores nocturnos

PULMONES:

- ____ Ninguno
- ____ Dificultad para respirar
- ____ Tos seca
- ____ Tos productiva
- ____ Sangre en el esputo
- ____ Ronquera
- ____ Apnea del sueño
- ____ Producción anormal de esputo

PIEL:

- ____ Ninguno
- ____ Sarpullidos
- ____ Bultos
- ____ Cambio de color
- ____ Hematomas con facilidad
- ____ Cambios en el cabello/las uñas
- ____ Cambios en la piel/lunares
- ____ Comezón
- ____ Urticaria

CABEZA/OJOS:

- ____ Ninguno
- ____ Dolores de cabeza
- ____ Cambios en la visión
- ____ Ojos amarillos

GASTROINTESTINAL:

- ____ Ninguno
- ____ Acidez estomacal
- ____ Reflujo
- ____ Cambios en el apetito
- ____ Náuseas
- ____ Vómitos
- ____ Dolor abdominal
- ____ Eructos excesivos
- ____ Flatulencia excesiva
- ____ Hinchazón
- ____ Cambio en los hábitos intestinales
- ____ Diarrea
- ____ Estreñimiento
- ____ Hemorragia rectal
- ____ Sangre en las heces
- ____ Heces negras alquitranadas
- ____ Mucosidad en las heces
- ____ Heces delgadas

NEUROLÓGICO:

- ____ Ninguno
- ____ Confusión
- ____ Mareos
- ____ Desmayos
- ____ Cambios en la memoria
- ____ Hormigueo/entumecimiento
- ____ Debilidad muscular
- ____ Falta de coordinación
- ____ Convulsiones
- ____ Pérdida del equilibrio

OÍDOS/NARIZ/GARGANTA:

- ____ Ninguno
- ____ Pérdida de la audición
- ____ Zumbido en los oídos
- ____ Hemorragia nasal
- ____ Dificultad para tragar
- ____ Dolor de garganta
- ____ Bultos o glándulas inflamadas
- ____ Dolor de cuello
- ____ Rigidez en el cuello
- ____ Sensibilidad en el cuello

PSIQUIÁTRICO:

- ____ Ninguno
- ____ Ansiedad
- ____ Depresión
- ____ Alucinaciones
- ____ Pensamientos suicidas
- ____ Problemas para dormir

CORAZÓN:

- ____ Ninguno
- ____ Dolor de pecho
- ____ Palpitaciones
- ____ Latidos irregulares, fuertes o acelerados
- ____ Sopro cardíaco
- ____ Dificultad para respirar al realizar actividad
- ____ Desmayos/casi desmayos
- ____ Aturdimiento
- ____ Piernas/pies inflamados

MUSCULOESQUELÉTICO:

- ____ Ninguno
- ____ Dolor de espalda
- ____ Dolor articular
- ____ Dolores musculares
- ____ Calambres musculares
- ____ Dificultad para caminar

ENDOCRINOLÓGICO:

- ____ Ninguno
- ____ Intolerancia al frío
- ____ Intolerancia al calor
- ____ Aumento de peso
- ____ Pérdida de peso
- ____ Sofocos

HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO:

- ____ Ninguno
- ____ Hemorragias con facilidad
- ____ Hematomas con facilidad
- ____ Ganglio linfático sensible/agrandado
- ____ Toma anticoagulantes