Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor marcar si ha experimentado algunos de los siguientes síntomas durante los últimos 30 días.

Alergia/Inmunología: ☐Estornudar frecuentemente ☐Ojos llorosos o con picazón ☐Nódulos linfáticos hinchados

Hematológico: ☐Tendencia a moretear ☐Tendencia a sangrar ☐Infecciones frecuentes ☐ Historia de transfusión

Endocrina: ☐Intolerancia al calor/frío ☐Sudor ☐Hambre excesivo ☐ Sed excesivo ☐ Cambio de nivel de energía

Psiquiátrica: ☐Animo deprimido ☐Ansioso ☐Pensamientos de lastimarse ☐ Pensamientos de lastimar los demás

Neurológico: ☐Dolor de cabeza ☐Mareos ☐Convulsiones ☐Debilidad ☐Entumecimiento ☐Hormigueo ☐Temblor

Genitourinario: ☐Sangre in orina ☐Incapaz de orinar ☐ Orinar frecuentemente ☐ Incontinencia urinaria

Gastrointestinal: ☐Estreñimiento ☐Diarrea ☐Reflujo ☐Vómito ☐Heces oscuras ☐Heces con sangre ☐Incontinencia

Piel: ☐Sarpullido ☐Chichón ☐Cambios de color de piel ☐Cambios del pelo/uñas

Respiratorio: ☐Tos ☐Sibilancia ☐Falta de aire ☐Sangre en le flema/esputo

Cardiovascular: ☐Dolor de pecho ☐Palpitaciones ☐Desmayo ☐Hinchazón de pies ☐Dolor de pierna al caminar

Oídos, Nariz, Garganta: ☐Zumbido del oído☐Pérdida de audición ☐Garganta adolorida ☐Dificultad para tragar

Ojos: ☐Vista borrosa ☐Vista doble ☐Pérdida de vista

Constitucional: ☐Fatigue ☐Fiebre ☐Escalofríos ☐Pérdida de peso inexplicada ☐Aumento de peso