

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

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

Constitucional: <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicada <input type="checkbox"/> Aumento de peso
Ojos: <input type="checkbox"/> Vista borrosa <input type="checkbox"/> Vista doble <input type="checkbox"/> Pérdida de vista
Oídos, Nariz, Garganta: <input type="checkbox"/> Zumbido del oído <input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Garganta adolorida <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar
Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Desmayo <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies <input type="checkbox"/> Dolor de pierna al caminar
Respiratorio: <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Sangre en le flema/esputo
Piel: <input type="checkbox"/> Sarpullido <input type="checkbox"/> Chichón <input type="checkbox"/> Cambios de color de piel <input type="checkbox"/> Cambios del pelo/uñas
Gastrointestinal: <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Heces oscuras <input type="checkbox"/> Heces con sangre <input type="checkbox"/> Incontinencia
Genitourinario: <input type="checkbox"/> Sangre in orina <input type="checkbox"/> Incapaz de orinar <input type="checkbox"/> Orinar frecuentemente <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria
Neurológico: <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Temblor
Psiquiátrica: <input type="checkbox"/> Animo deprimido <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Pensamientos de lastimarse <input type="checkbox"/> Pensamientos de lastimar los demás
Endocrina: <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor/frío <input type="checkbox"/> Sudor <input type="checkbox"/> Hambre excesivo <input type="checkbox"/> Sed excesivo <input type="checkbox"/> Cambio de nivel de energía
Hematológico: <input type="checkbox"/> Tendencia a moretear <input type="checkbox"/> Tendencia a sangrar <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes <input type="checkbox"/> Historia de transfusión
Alergia/Inmunología: <input type="checkbox"/> Estornudar frecuentemente <input type="checkbox"/> Ojos llorosos o con picazón <input type="checkbox"/> Nódulos linfáticos hinchados

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



# Manejo de Dolor Crónico Formulario del Chequeo de Sistemas