

Nombre: _____

EAC Main Street - Revision de sistemas del cuerpo

Constitucional: Seleccione Una

Fiebre Si o No
Pérdida de Peso Si o No
Fatiga Excesiva Si o No

Ojos:

Utiliza Lentes Si o No
Infecciones Si o No
Lesiones Si o No
Glaucoma Si o No
Cataratas Si o No

Oídos, Nariz, Garganta, y Boca:

Utilizas algún aparato de ayuda auditiva? Si o No
Tiene dificultad auditiva Si o No
Dolor de oído Si o No
Infecciones de oído Si o No
Zumbido en los oídos Si o No

Si la respuesta es "SI", indique en cual oído (izquierdo, derecho, o ambos) _____

Hemorragias Nasales Si o No
Congestión Nasal Si o No
Drenaje nasal Si o No
Incapacidad de olor Si o No
Problemas de Sinusitis Si o No
Problemas de Equilibrio (Vértigo o mareos) Si o No

Cardiovascular:

Dolor de Pecho Si o No
Alta Presión Sanguínea Si o No
Pulso Irregular Si o No
Soplo Cardíaco Si o No
Colesterol Elevado Si o No
Hinchazón en las manos o pies Si o No
Dolor de pierna mientras camina Si o No

Respiratorio:

Asma Si o No
Enfisema Si o No
Dificultad a respirar Si o No
Neumonía Si o No
Cáncer en los pulmones Si o No
Sangrado al Toser Si o No

Gastrointestinal:

Nausea Si o No
Vomito Si o No
Sangrado al vomitar Si o No
Enfermedad hepática Si o No
Ictericia (piel amarilla) Si o No
Dolor abdominal Si o No
Cambio en los hábitos intestinales Si o No
Ulceras o Gastritis Si o No
Cáncer de Colon Si o No

Endocrino:

Diabetes Si o No
Enfermedad de Tiroides Si o No
Sed Excesiva Si o No
Micción Excesiva Si o No

Genitourinario:

Infecciones del tracto urinario Si o No
Dolor al orinar Si o No
Sangramiento al orinar Si o No
Dificultad para iniciar o detener el flujo urinario Si o No
Incontinencia Si o No
Cálculos Renales Si o No
Cáncer de Próstata (Hombres) Si o No
Cáncer cervical o uterino (Mujeres) Si o No

Tegumentario:

Enfermedad de piel	Si o No
Cáncer de piel	Si o No
Dolor en los senos; sensibilidad (Mujeres)	Si o No
Secreción del pezón (Mujeres)	Si o No

Neurológico:

Desmayos o apagones	Si o No
Convulsiones	Si o No
Problemas de memoria	Si o No
Desorientación	Si o No
Dificultad al hablar	Si o No
Incapacidad para concentrarse	Si o No
Visión doble o borrosa	Si o No
Debilidad en los brazos o piernas	Si o No
Perdida de sensación	Si o No
Dificultad con equilibrio	Si o No

Psiquiátrico:

Ansiedad	Si o No
Depresión	Si o No

Otro trastorno psiquiátrico y/o tratamiento:

Hematológico/ Linfático:

Anemia	Si o No
Hemofilia	Si o No
Tendencia de sangrado	Si o No
Transfusiones de sangre	Si o No
Inflamación de ganglios o nódulos linfáticos	Si o No
Alérgica/ Inmunológica:	Si o No
Alergias a algún alimento	Si o No
Alergias Nasales	Si o No
Enfermedad Autoinmune(Lupus, Artritis)	Si o No