

Fecha: _____

Nombre: _____

Revisión de los sistemas de:

Por favor indique a continuación su historia de o problemas con una "X" en el cuadro de sí. Si nunca han encontrado con un problema con cualquiera de los siguientes problemas, por favor indíquelo marcando una "X" en el cuadro No.

El paciente es instruido para consultar con su médico sobre cualquier síntoma no oftálmico.

CONSTITUCIONAL:

- NO SÍ Fatiga
- NO SÍ Fiebre
- NO SÍ Sudoración Nocturna
- NO SÍ Debilidad
- NO SÍ Aumento de Peso
- NO SÍ Pérdida de Peso

CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA:

- NO SÍ Pérdida de la Audición
- NO SÍ Zumbido en Oídos
- NO SÍ Problemas de Sinusitis
- NO SÍ Dolor de Garganta
- NO SÍ Vértigo

VÍAS RESPIRATORIAS:

- NO SÍ Asma
- NO SÍ Tos
- NO SÍ Tosiendo Sangre
- NO SÍ Falta de Respiración
- NO SÍ Respirar con Dificultad

CARDIOVASCULARES:

- NO SÍ Dolor de Pantorrilla
- NO SÍ Dolor de Pecho
- NO SÍ La Frecuencia Cardíaca Rápida
- NO SÍ Latido/Palpitaciones Irregulares
- NO SÍ Hinchazón de Piernas

GASTROINTESTINALES:

- NO SÍ Dolor Abdominal
- NO SÍ Disminución del Apetito
- NO SÍ Diarrea
- NO SÍ Ardor de Estómago
- NO SÍ Ictericia
- NO SÍ Náuseas
- NO SÍ Vómitos

GÉNITO-URINARIO:

- NO SÍ Menstruación Irregular
- NO SÍ Dolor al Orinar
- NO SÍ Secreción Uretral
- NO SÍ Urgencia

METABÓLICO/ENDOCRINO:

- NO SÍ Intolerancia al Frío
- NO SÍ Intolerancia al Calor

NEUROLÓGICA:

- NO SÍ Dolor de Cabeza
- NO SÍ Mareo
- NO SÍ Dificultad de Memoria
- NO SÍ Entumecimiento de las Extremidades

PSIQUIÁTRICO:

- NO SÍ Depresión
- NO SÍ Alucinaciones
- NO SÍ Insomnio

PIEL:

- NO SÍ Urticaria
- NO SÍ Erupción

MÚSCULO-ESQUELÉTICO:

- NO SÍ Dolor de Espalda
- NO SÍ Dolor en Las Articulaciones

HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO:

- NO SÍ Contusión
- NO SÍ Sangrado Fácil

INMUNOLÓGICAS:

- NO SÍ Alergias Alimentos
- NO SÍ Alergias

OTROS:

Revisado y Fecha _____