
Patient (Nombre)

Date (Fecha)

Review of Systems (Sintomas):

PLEASE PUT A CHECK MARK BY THE SYMPTOM OR DISEASE IF YOU HAVE EXPERIENCED IT WITHIN THE PAST **YEAR**.

(Por favor marque los sintomas que ha tenido durante el **último año**.)

CONSTITUTIONAL:

_____ Fever (*Fiebre*)

_____ Weight loss (*Pérdida de peso*)

_____ Unusual fatigue (*Cansancio unusual*)

_____ Daytime sleepiness OR falling asleep
when you don't want to
(*Somnolencia durante el día O quedarse dormido
aunque usted no quiera*)

EYES (ojos):

_____ Visual loss (*Pérdida de vision*)

_____ Color blindness (*Color de la ceguera*)

_____ Double vision (*Doble visión*)

_____ Redness of the eyes (*Ojos rojos*)

_____ Need for glasses (*Necesita lentes*)

_____ Itching eyes (*Comezón en los ojos*)

EARS (oidos):

_____ Sudden hearing loss (*Perdida auditiva*)

_____ Slowly progressive hearing loss (*Lenta la pérdida de audición*)

_____ Dizziness (*Mareos*)

_____ Pain in ears (*Dolor de oídos*)

_____ Fullness or stopped sensation (*Oídos tapados*)

_____ Right (*derecho*) _____ Left (*Izquierdo*)

_____ Pulsatile (*Pulsitaciones*)

_____ Tinnitus: Ringing, roaring or buzzing sound
in the ears (*Ruido en los oídos*)

_____ Both ears (*Los dos oídos*)

_____ One ear only (*Un oído solamente*)

_____ Right (*Derecho*) _____ Left (*Izquierdo*)

_____ Exposure to loud noises (*Expuesto a ruidos*)

NOSE/SINUSES (nariz/sinosis):

_____ Nasal drainage (*Drenaje nasal*)

_____ Clear (*Claro/transparente*)

_____ Yellow (*Amarillo*)

_____ Green (*Verde*)

_____ Nasal itching (*Comezón nasal*)

_____ Nasal obstruction (*Obstrucción nasal*)

_____ Sinus infections (*Infección nasal/sinosis*)

_____ Allergies (*Alergias*)

_____ Decreased or lost sense of smell
(*Pérdida del olfato*)

_____ Frequent Sneezing (*Estornudo frecuente*)

MOUTH (boca):

_____ Dental problems (*Problemas dentales*)

_____ Burning tongue (*Ardor de la lengua*)

_____ Decreased or lost sense of taste
(*Pérdida del gusto/sabor*)

THROAT (garganta):

_____ Snoring (*Ronquido*)

_____ Mild (*Poco*) _____ Moderate (*Moderado*) _____ Severe (*Severo*)

_____ Hoarseness (*Habla ronco*)

_____ Sore throats/tonsillitis (*Irritación de garganta o anginas*)

_____ Voice changes (*Cambio de voz*)

_____ Dysphagia: Difficulty swallowing
(*Problemas de pasar alimento o de tragar*)

CARDIOVASCULAR:

_____ Pain in the chest (*Dolor del Pecho*)

_____ Palpitations in chest (*Palpitaciones*)

_____ Problems breathing while exercising (*Falta de respiración al hacer ejercicio*)

_____ Difficulty breathing when lying down (*Dificultad de respirar al estar acostado*)

_____ PND: Paroxysmal nocturnal dyspnoea (*Despertando con falta de aire*)

_____ Pain in feet & hands (*Dolor de los pies o manos*)

_____ Edema/swelling of feet (*Inchazón de los pies*)

RESPIRATORY:

_____ Asthma: Wheezing (*Sibilancias*)

_____ Emphysema

_____ Tuberculosis

_____ Hemoptysis: Coughing up blood (*Tos con sangre*)

_____ Bronchitis

_____ Pneumonia

HEMATOLOGIC/LYMPHATIC:

_____ Bleeding problems (*Problemas de la sangre*)

_____ Anemia

_____ Enlarged Lymph Nodes

Patient (Nombre)

Date (Fecha)

GASTROENTESTINAL:

_____ Ulcers (*Úlceras*)
_____ Vomit blood (*Vomitando sangre*)
_____ Blood in stool (*Sangre en el excremento*)
_____ Black tarry stools (*Excremento negro alquitranadas*)
_____ Pale tan colored stools
_____ Constipation (*Constipacion*)

_____ Diarrhea (*Diarrea*)
_____ Abdominal pain after eating (*Dolor abdominal después de comer*)
_____ Pancreatitis (*Pancreatitis*)
_____ Hepatitis
_____ Jaundice (*Piel amarillo*)
_____ "Heartburn" (*Acidez*)

URINARY & GYNECOLOGICAL:

_____ Urinary tract infections (*Infecciones urinaria*)
_____ Kidney stones (*Piedras rinones*)
_____ Blood in urine (*Sangre en la orina*)
_____ Burning with urination (*ardor al orinar*)
_____ Venereal diseases: Sexually transmitted diseases (*Enfermedades venereales, Enfermedades transmitidas sexualmente*)

_____ Awakening at night to urinate (*Levantarse en la noche orinar*)
_____ How many times (*Cuántas veces*)
_____ Dark brown urine (*Orina de color marrón oscuro*)
_____ Excessive urination (*Micción excesiva*)

WOMEN

_____ Last normal menstrual period (*Último período menstrual normal*)
_____ Do you think there is any chance you are pregnant? (*¿Cree estar embarazada?*)
_____ Date Of Last Pap Smear (*Ultima fecha de su examen del papanicolaou*)
_____ Date Of Last Mammogram (*Fecha de su ultima mamografía*)

MEN

_____ Problems with impotence (*Problemas de impotencia sexual*)

MUSCULOSKELETAL:

_____ Arthritis (*Artritis*)
_____ Night cramps (*Calambres en la noche*)
_____ Muscle pain (*Dolor de musculos*)

_____ Broken bones (*Huesos rotos*)
_____ Muscle wasting

INTEGUMENTARY SKIN:

_____ Skin rashes (*Granitos en la piel*)
_____ New skin lesions (*Lesiones en la piel*)
_____ Changes in nails (*Cambios en las uñas*)

_____ Easy bruising (*moretones facilmente*)
_____ Change in a mole or wart (*Cambio en un lunar o verruga*)

NEUROLOGICAL:

_____ Strokes (*Estrokes*)
_____ Seizures
_____ Numbness or tingling (*Tiembla*)

_____ Paralysis or weakness (*Parálisis o debilidad*)
_____ Black spots before eyes or temporary blindness
_____ Disturbances of speech (*Problemas de lenguaje*)

PSYCHIATRIC:

_____ Mood swings (*Cambios de humor*)
_____ Hallucinations (*Halucinaciones*)
_____ Anxiety (*Anciedad*)

_____ Depression (*Depresión*)
_____ Inability to sleep (*Dificultad para dormir*)

ENDOCRINE:

_____ Excessive thirst (*Demasiada sed*)
_____ Change in sex drive or impotence (*Cambio del manejo del sexo o impotencia*)
_____ Irregular or absent menstrual periods for no apparent reason (*Perdida del ciclo menstrual o irregularidad*)
_____ Change in size of hands or feet after age 21 (*Cambio de tamaño en las manos o pies antes de los 21*)
_____ Milk production from breasts not related to pregnancy (*Esta usted produciendo leche en los pechos sin esta embarazada*)

ALLERGIC/IMMUNOLOGIC:

_____ Eczema: Allergic Skin Rash (*Alergia en la piel*)
_____ Allergies (*Allergias*)
_____ Persistent or unusual infections (*Infecciones constantemente*)

_____ Previous allergy testing (*Las pruebas de alergia previo*)

Physician's Signature