



Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Examen de Sistemas

Actualmente tiene cualquiera de los siguientes:

Buena salud general	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Peridida de peso inusual	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Aumento de peso inusual	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Bultos en los senos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor en el los senos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Biopsia de cenos en el pasado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Inflamacion en las piernas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dificultad respirando	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Resollar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vomitos nauseas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diarrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Acidez	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Urgencia urinaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Frecuencia urinaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Historial de derame cerebral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hormigueo entumecimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor en las articulacions	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Depresion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Facilidad de sangrar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No