

Nombre _____ Fecha ____/____/____

Favor de circular los síntomas de los últimos 30 días.

Constitucional

Pérdida de peso

Fatiga

Oído /Nariz/Garganta

Globus Histérico/ bulto engarganta

Ronquera

Cardiaco

Dolor de pecho

Palpitaciones

Respiratorio

Tos

Falta de aliento

Gastrointestinal

Nausea

Vomito

Vomitar Sangre

Dolor al Tragar

Dificultad al tragar

Agruras

Indigestión

Falta de apetito

Dolor abdominal

Gas o Hinchazón

Estreñimiento

Hemorroides

Sangrado Rectal

Comezón anal

Excremento /Negro Guinda

Dolor rectal o anal

Ictericia/compleción amarilla

Genitourinario

Incontinencia Urinaria

Dermatología

Erupción

Neurológico

Cambio de estado mental

Psiquiátrico

Depresión

Ansiedad

Hematological/Lymfatico

Sangrado anormal y moretones

Sino tiene ningún síntoma ponga x _____

Se ha vacunado para influenza? Si / No

Fecha: ____/____/____

Se ha vacunado para Pheunumonia? Si /No

Fecha: ____/____/____