

ENT Partners of Texas

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revisión de Sistemas-Adulto M/F

Circle Respuesta

Si No

Constitutional

Si No fiebre  
Si No somnolencia Diurna  
Si No perdida de peso (involuntario)  
Si No aumento de peso (involuntario)

Ojos

Si No ojos que pican  
Si No drenaje de los ojos

Oidos/Nariz/Garganta

Si No disminución de la audición  
Si No zumbido en los oídos  
Si No hemorragias nasals  
Si No congestión nasal  
Si No estornudos  
Si No picazón en la nariz  
Si No picazón en la garganta  
Si No frecuente dolor de garganta  
Si No ronquera prolongada

Cardiovascular

Si No dolor de pecho  
Si No palpitación

Respiratorio

Si No tos (cronica)  
Si No ronquidos

Gastrointestinal

Si No dificultad para tragar  
Si No acidez

Genitourinario

Si No sangre en la orina

Musculoesquelético

Si No debilidad muscular  
Si No dolor en las articulaciones  
Si No dolor de espalda

Integumentario

Si No salpullido  
Si No eczema

Neurológico

Si No dolores de cabeza frecuentes  
Si No dificultad para dormir  
Si No problemas de equilibrio

Hematológica/Linfático

Si No moretones con facilidad  
Si No sangrado excesivo  
Si No ganglios linfáticos agrandados

Endocrino

Si No apetito excesivo  
Si No intolerancia al calor/frío  
Si No sudoración excesiva

Alérgico/Inmunológica

Si No problemas con anestesia

Psiquiátrico

Si No depresión  
Si No pérdida de memoria  
Si No dificultad para hablar

Firma \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_

Relacion al paciente \_\_\_\_\_

