



931 Oak Park Boulevard
Suite 101
Pismo Beach, CA 93449

Complete el frente y dorso del cuestionario

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

¡Nuestro objetivo es aprovechar al máximo su visita hoy! Para la visita de hoy, ¿qué quisiera discutir?

¿Cuál es el más importante para usted?

¿Hay alguna prueba o resultados de laboratorio que quiere discutir?

¿Qué medicamentos necesita para cubrirlo hasta su próxima cita?

¿Hay algún comentario que le gustaría dejar sobre el personal, los médicos o nuestra práctica?

DE VUELTA ESTA HOJA Y TAMBIÉN COMPLETE LA PARTE POSTERIOR. →→→→→→

ARROYO MEDICAL GROUP, INC
 931 Oak Park Boulevard
 Suite 101
 Pismo Beach, CA 93449

REVISIÓN DE SISTEMAS: Marque las casillas que correspondan para la visita de hoy.

Marque esta casilla si no corresponde **ninguno** a la visita de hoy.

CONSTITUCIONAL: <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Malestar <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Debilidad	INTEGUMENTARIO (PIEL): <input type="checkbox"/> Cabello quebradizo <input type="checkbox"/> Lesión cutánea <input type="checkbox"/> Uñas quebradizas <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Urticaria
CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA: <input type="checkbox"/> Drenaje de oído <input type="checkbox"/> Drenaje nasal <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Presión sinusal <input type="checkbox"/> Secreción ocular <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Dolor ocular <input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Enrojecimiento de los ojos	NEUROLÓGICO: <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Debilidad de las extremidades <input type="checkbox"/> Alteración en la marcha <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria
RESPIRATORIO: <input type="checkbox"/> Tos crónica <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Exposición a tuberculosis <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Sibilancias	PSIQUIÁTRICO: <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar
CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Dolor de pantorrilla <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Palpitaciones	METABÓLICO/ENDÓCRINO: <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> Sofocos
GASTROINTESTINAL: <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Acidez <input type="checkbox"/> Sangre en las heces <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito <input type="checkbox"/> Cambio en las heces <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea	MUSCULOESQUELÉTICO: <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolor muscular <input type="checkbox"/> Dolor de las articulaciones <input type="checkbox"/> Espasmos musculares <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Dolor de cuello
GENITOURINARIO: <input type="checkbox"/> Ardor al orinar <input type="checkbox"/> Sangre en orina <input type="checkbox"/> Micción frecuente <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Retención urinaria	HEMATOLÓGICO: <input type="checkbox"/> Sangrado fácil <input type="checkbox"/> Moretones fáciles <input type="checkbox"/> Nuevos bultos o protuberancias
MUJERES: <input type="checkbox"/> Papanicolaou anormal <input type="checkbox"/> Periodos dolorosos <input type="checkbox"/> Coitos dolorosos <input type="checkbox"/> Sofocos	HOMBRES: <input type="checkbox"/> Impotencia <input type="checkbox"/> Reducción de la libido <input type="checkbox"/> Flujo reducido <input type="checkbox"/> Micción nocturna
INMUNOLÓGICO: <input type="checkbox"/> Alergia de contacto <input type="checkbox"/> Alergias estacionales <input type="checkbox"/> Alergias ambientales <input type="checkbox"/> Alergia a los alimentos <input type="checkbox"/> Alergias estacionales	