



## Questionario Paciente

Name: \_\_\_\_\_

√ que Sí

√ que Sí

### General:

Fiebre	
Escalor frio	
Sudor	
Pierdido Appetito	
Fatigua	
Malaise	
Pieder Peso	

### Cardiovascular:

Dolor del Pecho	
Palpitaciones	
Perdido de sentido	
Falta de Aire con Actividad	
Falta respiracion quando acostado	
Falta de respiracion durante la noche	
Edema tobillo	

### Ojos:

Enmascarado	
Visión doble	
Irritación	
Descarga	
Pierde Vision	
Dolor	
Senstividad Luz	

### Respiratorio:

Tos	
Falta respiracion tranquilo	
Flema Excesivo	
Toser sangre	
Sibilancia	

### Oída/Nariz/Garganta:

Dolor del oído	
Descarga del oído	
Sonido del oído	
Decreased Hearing	
Congestión nasal	
Corrimiento de la nariz	
Dolor de garganta	
Ronco	
Dolor de tragar	

### Gastrointestinal:

Náusea	
Vomitando	
Diarrea	
Estreñimiento	
Cambie en amarillar	
Cambie en hábitos del intestino	
Taburete Negro	
Taburete Sangriento	
Ictericia	



## Questionario Paciente

√ que Sí

√ que Sí

### Genitourinario:

Incontinencia	
Dolor para Orine	
Sangre en la Orine	
Secreción	
Night Time Urination	

### Musculoesquelético:

Dolor de la Espalda	
Dolor de la Articulación	
Hinchazón de la Articulación	
Calambre Muscular	
Debilitar Muscular	
Tieso Muscular	
Artritis	

### Piel:

Erupción	
Picazón	
Reseco	
Marcas Anormales (Sospechoso)	

### Neurológico:

Parálisis	
Debilidad	
Falta de Sensación	
Convulsión	
Inconsciente	
Temblor	
Mareo	

### Psiquiátrico:

Depresión	
Ansiedad	
Perdida de la Memoria	
Disturbios Mental	
Tendencias Suicidas	
Alucinación	
Paranoia	

### Endocrino:

Intolerancia de Frio	
Intolerancia de Calor	
Sed Excesivo	
Mucho Deseo de Comer	
Urinario Excesivo	
Cambio de Peso	

### Heme/Linfático:

Lastimadura Abnormal	
Sangrado Abnormal	
Ganglio Linfático Grande	

### Alérgico/Inmunológico:

Picazón de la Piel	
Coríza	
Infección Constante	
Expulsión VIH	



## Questionario Paciente

**Alergías:**


**Medicaciones:**


**Historia medica familiar:**  que Sí

Enfermedad de la coronaria	<input type="checkbox"/>
Cholesterol alto	<input type="checkbox"/>
Presión alto	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>

Otras Enfermedades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Su Historia medica:**  que Sí

Diabetes	<input type="checkbox"/>
Cholesterol alto	<input type="checkbox"/>
Gout	<input type="checkbox"/>
Presión alto	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>

Otras Enfermedades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Su historia Cirugía:**  que Sí

Cirugía coronarias:	<input type="checkbox"/>
Angioplastia coronaria	<input type="checkbox"/>
Angioplastia/stent coronaria	<input type="checkbox"/>

Otras Cirugías: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Su historia Social:**  que Sí

Uso del tabaco	<input type="checkbox"/>
Uso del alcohol	<input type="checkbox"/>
Uso de la cafeína	<input type="checkbox"/>

Paquetes Por Día \_\_\_\_\_ Año Paro \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_