



LONGSTREETCLINIC

Vascular & Vein

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

CONSTITUCIÓN	OJOS	ENDOCRINO	ALERGIAS/INMUNE
<input type="checkbox"/> Cambio de actividad	<input type="checkbox"/> Secreción ocular	<input type="checkbox"/> Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/> Alergias ambientales
<input type="checkbox"/> Cambio de apetito	<input type="checkbox"/> Comezón de ojos	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/> Alergias a alimentos
<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Dolor de ojo	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Inmunocomprometido
<input type="checkbox"/> Sudoración	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento de ojos	<input type="checkbox"/> Hambre excesiva	
<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/> Micción excesiva	
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Alteraciones visuales		
<input type="checkbox"/> Cambio súbito de Peso			

HENT	RESPIRATORIO	GENITOURINARIO	NEUROLÓGICO
<input type="checkbox"/> Congestión	<input type="checkbox"/> Apnea	<input type="checkbox"/> Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/> Mareos
<input type="checkbox"/> Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Opresión en el pecho	<input type="checkbox"/> Molestia al orinar	<input type="checkbox"/> Asimetría facial
<input type="checkbox"/> Babeando	<input type="checkbox"/> Atragantamiento	<input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Secreción de oído	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Dolor de costado	<input type="checkbox"/> Aturdimiento/Letargo
<input type="checkbox"/> Dolor de oído	<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria	<input type="checkbox"/> Adormecimiento
<input type="checkbox"/> Inflamación facial	<input type="checkbox"/> Jadeo	<input type="checkbox"/> Laceraciones genitales	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Perdida auditiva		<input type="checkbox"/> Sangrado en la orina	<input type="checkbox"/> Dificultad para hablar
<input type="checkbox"/> Ulceras bucales		<input type="checkbox"/> Urgencia para orinar	<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/> Sangrado nasal		<input type="checkbox"/> Disminución de orina	<input type="checkbox"/> Temblores
<input type="checkbox"/> Goteo nasal			<input type="checkbox"/> Debilidad
<input type="checkbox"/> Secreción nasal			

CARDIOLÓGICO	MUSCULOESQUELÉTICO	HEMATOLOGÍA
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Dolor de articulaciones	<input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos inflamados
<input type="checkbox"/> Inflamación de piernas	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Moretones/Sangrado
<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Dificultad para caminar	
	<input type="checkbox"/> Articulación inflamadas	
	<input type="checkbox"/> Dolor de músculos	
	<input type="checkbox"/> Dolor de cuello	
	<input type="checkbox"/> Rigidez de cuello	

GASTROINTESTINAL	PIEL	PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> Flatulencia abdominal	<input type="checkbox"/> Cambio color en piel	<input type="checkbox"/> Agitación
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Pálido/a	<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento
<input type="checkbox"/> Sangrado rectal	<input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Confusión
<input type="checkbox"/> Heces con sangre	<input type="checkbox"/> Laceraciones	<input type="checkbox"/> Disminución de concentración
<input type="checkbox"/> Estreñimiento		<input type="checkbox"/> Incomodo/Indispuesto
<input type="checkbox"/> Diarrea		<input type="checkbox"/> Alucinaciones
<input type="checkbox"/> Náusea		<input type="checkbox"/> Hiperactivo
<input type="checkbox"/> Dolor rectal		<input type="checkbox"/> Nervioso/Ansioso
<input type="checkbox"/> Vómitos		<input type="checkbox"/> Lastimarse

CARDIOLÓGICO ACTUAL: _____

NEFRÓLOGO ACTUAL: _____

Perturbación para dormir
 Pensamientos Suicidas

