

General/Constitutional

Perdida de peso  Yes  No  
Sudores nocturnos  Yes  No  
Fiebre  Yes  No

Respiratory

Tos Respiratoria  Yes  No

Cardiovascular

Dificultad para respirar  Yes  No  
Palpitaciones  Yes  No  
Dolor en el pecho al hacer esfuerzo  Yes  No

Gastrointestinal

Dolores abdominales  Yes  No  
Cambios en los habiros intestinales  Yes  No

Genitourinary

Dolor al orinar  Yes  No  
Sangre en la orina  Yes  No

Neurologic

Dolor de cabeza  Yes  No

Musculoskeletal

Dolor en las articulaciones  Yes  No

Hematology

Le salen mortones facilmente  Yes  No

Women Only

Menstruacion Irregular  Yes  No

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