

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: _____