

General/Constitutional

Perdida de peso	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Fiebre	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Sudores nocturnos	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

Respiratory

Tos respiratoria	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Sibilancias	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

Cardiovascular

Dolor en el pecho descano	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Dolor en el pecho al hacer esfuerzo	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Dificultad para respirar	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Palpitaciones	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

Gastrointestinal

Dolores abdominales	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Cambios en los habitos intestinales	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Ardor de estomago	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Sengre en el excremento	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Nausea	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Vomitos	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

Genitourinary

Dolor al orinar	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Necesidad frecuente de orinar	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Sengre en la orina	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

Neurologic

Dolor de cabeza	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Convulsions, ataques	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

Musculoskeletal

Dolor en las articulaciones	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Debil	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Inflamacion en las articulaciones	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

Men Only

Bulto en ingles/hinchazon	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
---------------------------	---------------------------	--------------------------

Women Only

Falta una periodo	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Menstruacion irregular	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
Bulto or grumo en els seno	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

Hematology

La salen moretones facilmente	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
-------------------------------	---------------------------	--------------------------

ENT

Tiene dificultad al tragar	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
----------------------------	---------------------------	--------------------------

Name: _____ Date: _____

