

Endocrinology & Diabetes Care Center

M. Mujahid Baig, M.D., F.A.C.E.

SYSTEM REVIEW(Revisión del sistema)

NAME(NOMBRE) _____ DATE(FECHA) _____

CONSTITUTIONAL(CONSTITUCIONAL):

- | | YES(SÍ) | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Good general health lately(Buen estado general de salud últimamente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Recent weight changes(Cambios de peso recientes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fever (Fiebre) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fatigue(Fatiga) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EYES(Ojos):

- | | YES(SÍ) | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Foreign Body Sensation(Sensación de cuerpo extraño) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Blurred Vision(Visión borrosa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EARS/NOSE/MOUTH/THROAT(Oído/Nariz/Boca/Garganta):

- | | YES(SÍ) | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Hearing loss(Pérdida de la audición) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Chronic sinus problems(Problemas crónicas de sinusitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Swollen glands in neck(Glándulas inflamadas en el cuello) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CARDIOVASCULAR:

- | | YES(SÍ) | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Chest Pain(Dolor en el pecho) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Palpitations(Palpitaciones) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Shortness of breath(Falta de respiracion) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Swelling of feet, ankles and hands(Hinchazón de los pies, los tobillos y las manos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RESPIRATORY(APARATO RESPIRATORIO):

- | | YES(SÍ) | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Chronic or frequent cough(Tos crónica o frecuente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Shortness of breath(Falta de respiracion) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Asthma or wheezing(Asma o sibilancias) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GASTRONINTESTINAL:

- | | YES(SÍ) | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Loss of appetite (Pérdida del apetito) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nausea(Náuseas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Frequent diarrhea(Diarrea frecuente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Abdominal pain(Dolor abdominal) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Difficulty in swallowing(Dificultad para tragar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HEMATOGIC/LYMPHATIC(HEMATOGIC/LINFÁTICO):

- | | YES(SÍ) | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Slow to heal after cuts(Tardar en sanar después de una cortada) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bleeding or bruising tendency(Sangrado o moretones tendencia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Endocrinology & Diabetes Care Center

M. Mujahid Baig, M.D., F.A.C.E.

INTEGUMENTARY (skin, breasts) ((TEGUMENTARIO/piel, mamas):

- Rash or itching(Erupción cutánea o prurito (picazón))
- Change in hair(Cambio en el pelo)
- Varicose veins(Venas varicosas)

YES(Sí)	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSCULOSKELETAL(LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS)

- Joint pain(Dolor en las articulaciones)
- Back pain(Dolor de espalda)
- Muscle cramps(Calambres musculares)
- Difficulty in walking(Dificultad para caminar)

YES(Sí)	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GENITOURINARY(APARATO GENITOURINARIO)

- Frequent urination(Orinar frecuentemente)
- Burning/painful urination(Ardor al orinar/ardor o dolor a orinar)
- Kidney stones(Cálculos Renales o piedra en los rinones)
- Sexual Difficulty(Problemas sexuales)

YES(Sí)	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NEUROLOGICAL(NEUROLÓGICOS):

- Frequent/recurring headaches(Frecuente o recurrentes dolores de cabeza)
- Lightheaded or dizzy(Mareo o vértigo)
- Seizures(Las incautaciones)
- Numbness/tingling sensation(Entumecimiento o sensación de hormigueo)
- Tremors/shakiness(Temblores o temblor)

YES(Sí)	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PSYCHIATRIC(PSIQUIÁTRICOS):

- Memory loss(Pérdida de la memoria)
- Depression(Depresión)
- Insomnia/sleeplessness(insomnio(a) o desvelados)

YES(Sí)	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENDOCRINE(ENDOCRINO):

- Glandular or hormone problems(Problemas hormonales o glandulares)
- Thyroid disease(Enfermedad de la tiroides)
- Excessive thirst or urination(Sed excesiva o orinar en excesivo)
- Heat/cold intolerance(Calor/frío o intolerancia)
- Change in hat, gloves or shoe size(Cambio de sombrero, guantes o talla de zapato)
- Decrease in sex drive(Disminución en el deseo sexual)

YES(Sí)	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIC/IMMUNOLOGIC(ALÉRGICA o INMUNOLÓGICA):

History of skin reaction or other adverse reaction to (Historia de la reacción cutánea o de otras reacciones adversas a):

- Penicillin or other antibiotics(La penicilina o otros antibiótico)
- Iodine (Yodo)

YES(Sí)	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>