

REVISION DE LOS SISTEMAS

¿Su niño actualmente tiene, o ha tenido problemas relacionados con los siguientes sistemas? Marque Sí o No.

Si su respuesta es Sí, por favor explique.

Muchas gracias por haberse tomado el tiempo de llenar este cuestionario.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Apellidos) (Nombres)

Síntomas Constitucionales:

- Sí No Fiebre/Escalofríos
 Sí No Crecimiento Deficiente
 Sí No Poco Apetito
 Sí No Poca Energía

Si responde Sí:

Alérgico/Inmunológico:

- Sí No Fiebre del Heno
 Sí No Alergias a Medicamentos

Si responde Sí:

Neurológico:

- Sí No Temblores
 Sí No Mareos
 Sí No Adormecimiento/Cosquilleo

Si responde Sí:

Gastrointestinal:

- Sí No Dolor Abdominal
 Sí No Náusea/Vómito
 Sí No Estreñimiento
 Sí No Ensuciar la Ropa Interior

Si responde Sí:

Cardiovascular:

- Sí No Dolor al Pecho
 Sí No Presión Alta

Si responde Sí:

Psicológico:

- Sí No Depresión
 Sí No Deficit De Atención
 Sí No Obsesivo/Compulsivo

Si responde Sí:

Integumentario:

- Sí No Sarpullido en la Piel
 Sí No Eccema/Piel Seca
 Sí No Picazón Constante

Si responde Sí:

Musculosquelético:

- Sí No Dolor de Articulaciones
 Sí No Dolor al Cuello
 Sí No Dolor de Espalda

Si responde Sí:

Genitourinario:

- Sí No Retención de Orina
 Sí No Dolor al Orinar
 Sí No Orinar con Frecuencia

Si responde Sí:

Respiratorio:

- Sí No Silbido
 Sí No Tos Frecuente
 Sí No Falta de Aire

Si responde Sí:

Hematológico/Linfático

- Sí No Glándulas Inflamadas
 Sí No Problemas de Coagulación

Si responde Sí:
