

REVIEW OF BODY SYSTEMS

Does the patient have or had any of the following symptoms? Check YES or NO for each.

El paciente tiene o tuvo cualquiera de los siguientes síntomas? Marque sí o NO

Name: _____

Date: _____

General	Yes No	Gastrointestinal	Yes No	Psychiatric & Neurological	Yes No
Weight Gain / Aumento de peso	() ()	Heartburn / Acidez	() ()	Depression / Depresión	() ()
Weight loss / Pérdida de peso	() ()	Change of Appetite Cambio de apetito	() ()	Anxiety / Ansiedad	() ()
Fever / Fiebre	() ()	Frequent vomiting Vómitos frecuentes	() ()	Other psychiatric diagnosis Otro diagnóstico psiquiátrico	() ()
Chills / Escalofríos	() ()	Change in bowel habits Cambios en los hábitos intestinales	() ()	Mini Strokes / Mini trazos	() ()
Problems Sleeping Problemas para dormir	() ()	Black tarry stool Taburete alquitranado negro	() ()	Strokes	() ()
		Rectal bleeding / Sangrado rectal	() ()	Fainting spells / Desmayos	() ()
				Seizures / Convulsiones	() ()
Head, Eyes, Ear, Nose & Throat	Yes No	Geniourinary	Yes No	Endocrine	Yes No
Change in Vision Cambios de visión	() ()	pain while urinating Dolor al orinar	() ()	Hypothyroidism / Hipotiroidismo	() ()
Ear infections Infecciones del oído	() ()	Burning while urinating Ardor al orinar	() ()	Hyperthyroidism / Hipertiroidismo	() ()
Sinus Infections infección de seno	() ()	Blood in urine / Sangre en la orina	() ()	Diabetes:	() ()
Problems Swallowing Dificultad al tragar	() ()	Hesitancy on going Hesitancia en curso	() ()	Insulin dependant Dependiente de la insulina	() ()
Glaucoma	() ()	Incontinence / Incontinencia	() ()	Oral medications Medicamentos orales	() ()
Cataracts	() ()	Night time urinating Noche orinando	() ()		
Impaired Hearing Discapacidad auditiva	() ()	# of times/De veces	_____		
Cardiovascular	Yes No	Musculoskeletal	Yes No	Gynecological	
Chest Pain / Dolor de pecho	() ()	Arthritis / Artritis	() ()	Last Menstrual Cycle Último ciclo menstrual	
Shortness of breath Falta de aliento	() ()	Muscle weakness Debilidad muscular	() ()	Last Pap Smear Última Papanicolaou	
Heart Murmur / Murmullo del corazón	() ()	Frequent fractures Fracturas frecuentes	() ()	Last Mammogram Última mamografía	
Difficulty walking 2 blocks Dificultad para caminar 2 cuadras	() ()	Osteoporosis	() ()	Last Bone Density Última densidad ósea	
Palpitations / Palpitaciones	() ()	Joint stiffness / Rigidez articular	() ()		
Dizziness / Mareo	() ()				
Swelling of the feet Hinchazón de los pies	() ()			Sexually Active / Sexualmente activo Yes No	
Plumonary	Yes No	Skin	Yes No	**For office use only**	
Cough / Tos	() ()	Rashes / Erupciones cutáneas	() ()	Date: _____	
Shortness of breath dificultad para respirar	() ()	Jaundice / Ictericia	() ()	Dr. Jennifer Pollak _____	
Sodium production Producción de sodio	() ()	Skin cancer / Cáncer de piel	() ()	Dr. Jessica Ritch _____	
Emphysema / COPD	() ()	Type / Tipo: _____			
Asthma	() ()	Other: _____			
Snoring / Ronquidos	() ()				