

Nombre: _____

Fecha: _____

Coppell Associates in Family Medicine

Nina Cahan, MD

En preparación para su examen físico , le proporcionamos este cuestionario y le pedimos que lo lleve a su visita programada

Estas respuestas ayudarán al médico durante su visita y garantizarán que cualquier área de preocupación se aborde en ese momento

Si tiene alguna pregunta con respecto al cuestionario, comuníquese con nuestra oficina a 972-393-5559.

Y para 'Si', N Para 'No'

General/Constitucional

¿Ha tenido alguno de los siguientes? Por Favor responda Y o N e incluya cualquier información adicional como cuánto tiempo lleva con síntomas, son leve / moderado / severo, etc.

Cambio en apetito	Y or N	Escalofríos	Y or N
Fatiga	Y or N	Fiebre	Y or N
Dolor de cabeza	Y or N	Pérdida de peso	Y or N
Sudores Nocturnos	Y or N	Aumento de peso	Y or N
Aturdimiento	Y or N		

Alergia/ Inmunología

Congestion Nasal	Y or N
Estornudos	Y or N
Ojos Llorosos	Y or N

Oftalmologica:

Visión Borrosa	Y or N	Disminución de agudez visual/ Claridad de visión	Y or N
Secreción ocular	Y or N	Ojos secos	Y or N
Destellos de luz	Y or N	Moscas en el campo visual	Y or N
Dolor ocular	Y or N	Ojos rojos	Y or N

Fecha/ Fecha aproximada de la última prueba de visión? Fecha: _____

ENT:

Oídos Bloqueados	Y or N	Dolor de oído	Y or N
Disminución de la audición	Y or N	Boca seca	Y or N
Disminución del sentido del olfato	Y or N	Dificultad pasar	Y or N

Cuál fue la fecha / fecha aproximada de la última prueba de audiencia? Fecha: _____

Endocrina:

Tolerancia de frío	Y or N	Sed excesiva	Y or N
Orina/Micción frecuente	Y or N	Tolerancia al calor	Y or N
Sudoración Frecuente	Y or N		

Respiratorio:

Tos	Y or N	Dificultad al respirar en reposo	Y or N
Tos con sangre	Y or N	Dificultad al respirar con esfuerzo	Y or N
Sangre en flemas	Y or N	Producción de flema	Y or N
Dolor al inhalar	Y or N	Sibilancias	Y or N

Cardiovascular:

Dolor de pecho en reposo	Y or N	Latidos cardíacos irregulares	Y or N
Dolor de pecho con esfuerzo	Y or N		
Palpitaciones de líquido/ aumento de palpitaciones	Y or N		
Coloración azul de la piel, alrededor de la boca, ojos, otros lugares	Y or N		
Dificultad al acostarse/ necesitar varias almohadas durante la noche	Y or N		
Acumulacion de liquido/ Hinchazon en las piernas	Y or N		
Dificultad al respirar con esfuerzo	Y or N		

Gastrointestinal:

Dolor abdominal	Y or N	Sangre en las heces	Y or N
Cambios en hábitos intestinales	Y or N	Estreñimiento	Y or N
Tiene evacuaciones intestinales diarias	Y or N	Diarrea	Y or N
Exposición a Hepatitis	Y or N	Acidez	Y or N
Vómitos de sangre	Y or N	Náuseas	Y or N
Sangrado rectal	Y or N	Vómitos	Y or N

Hematologia:

Moretones con facilidad	Y or N	Sangrado Prolongado	Y or N
Transfusión Reciente	Y or N		

Genitourinario:

Sangre en la orina	Y or N	Dificultad para orinar	Y or N
Orina/Micción frecuente	Y or N	Dolor en la espalda baja	Y or N
Dolor al orinar	Y or N		

Solo para Mujeres *:**

Bulto en el Seno	Y or N	Dolor en los senos	Y or N	Sofocos	Y or N
Secreción de senos	Y or N	Sangrado abundante durante menstruación			Y or N
Menstruación irregular	Y or N	Periodos Perdidos			Y or N
Relaciones sexuales dolorosas	Y or N	Menstruaciones dolorosas			Y or N
Sangrado Vaginal entre períodos	Y or N	Secreción vaginal/ Comezón			Y or N

Solo para Hombres*:**

Dificultad al inicio de orinar	Y or N	Goteo después de orinar	Y or N
Testiculo/ testículos duros	Y or N	Hernia	Y or N
Hipospadias (abertura del pene en la parte inferior en lugar de en la punta)	Y or N		
Bulto en la ingle	Y or N	Secreción del pene	Y or N
Erupción/ ampollas en el pene	Y or N	Dolor escrotal	Y or N
Hinchazón del escroto	Y or N	Testicul no descendido	Y or N

Musculoesqueletico:

Túnel carpiano	Y or N	Rigidez de las articulaciones	Y or N
Calambres en los pies	Y or N	Dolores musculares	Y or N
Dolores de Hombro	Y or N	Articulaciones dolorosas	Y or N
Ciática/ dolor en la pierna	Y or N	Articulaciones hinchadas	Y or N
Traumatismo en el brazo/ brazos	Y or N	Traumatismo a la cadera	Y or N
Traumatismo en la rodilla/ rodillas	Y or N	Traumatismo al tobillo/ tobillos	Y or N

Vascular Periferica

Ausencia de pulsos en las manos	Y or N	Pulsos ausentes en los pies	Y or N
Extremidades frías	Y or N	Palidez/ palidez de la piel	Y or N
dolor/ calambres en las piernas después de un esfuerzo		Y or N	
Ulceraciones/ llagas en los pies	Y or N		

Piel:

Nuevas Lesiones	Y or N	Cambios en las lesiones	Y or N
Acné	Y or N	Ampollas en la piel	Y or N
Eczema	Y or N	Urticaria	Y or N
Picor de piel	Y or N	Lunares	Y or N
Erupción	Y or N	Cáncer de piel	Y or N

Neurologico:

Dificultad de equilibrio	Y or N	Dificultad de coordinación	Y or N
Dificultad al hablar	Y or N	Mareos	Y or N
Desmayos	Y or N	Alteración de marcha/ andar	Y or N
Dolor de cabeza	Y or N	Irritabilidad	Y or N
Pérdida de fuerza	Y or N	Temblores	Y or N
Pérdida de memoria	Y or N	Convulsiones	Y or N
Tics	Y or N	Hormigueo/ entumecimiento	Y or N
pérdida de visión	Y or N	Pérdida del uso de cualquier extremidad	Y or N

Psiquiatrico:

Ansiedad	Y or N	Estado de ánimo	Y or N
Dificultad para dormir	Y or N	Trastorno de alimentación	Y or N
Pérdida de apetito	Y or N	Abuso mental/ físico	Y or N
Estresantes	Y or N	Abuso de sustancias	Y or N
Pensamientos Suicidas	Y or N	Delirios	Y or N
Alucinaciones auditivas/ visuales	Y or N		

Autocontrol de cancer:

¿Usa o se aplica protector solar? Y or N