

The Centers for Kidney Care

FORMA DE ENCUENTRO

Revisión de sistemas

Marque únicamente aquellos que se aplican

Nombre del Paciente

Constitucionales	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Fatiga
	<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Escalofríos
	<input type="checkbox"/> Disminución de peso	<input type="checkbox"/> Debilidad
HEENT	<input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Problemas del seno
	<input type="checkbox"/> Dolor Ocular	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta
	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Hemorragia por la nariz
	<input type="checkbox"/> El daltonismo	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
	<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Ronquedad
	<input type="checkbox"/> Audiencia pérdida	<input type="checkbox"/> Zumido en los oídos
	<input type="checkbox"/> Dolor del oído	<input type="checkbox"/> Máreos
Respiratory	<input type="checkbox"/> Respiración cortada	<input type="checkbox"/> Tos
	<input type="checkbox"/> Respiración cortada durante descanso	<input type="checkbox"/> Respiración jadeante
	<input type="checkbox"/> Respiración cortada durante actividad	<input type="checkbox"/> Expectoración con sangre
	<input type="checkbox"/> Dolor con respiración	<input type="checkbox"/> Sudores de noche
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Dificultad al respirar acostado
	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Edema
	<input type="checkbox"/> Dolor o incomodidad en la pierna al ambular	<input type="checkbox"/> Disnea nocturna
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Estreñimiento
	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> La anorexia
	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Problema tragar
	<input type="checkbox"/> Indigestión	<input type="checkbox"/> Indigestión
	<input type="checkbox"/> Vómitos	
Génito-urinario	<input type="checkbox"/> Urgencia urinaria	<input type="checkbox"/> Vacilación urinaria
	<input type="checkbox"/> Dolor urinario	<input type="checkbox"/> Orina espumosa
	<input type="checkbox"/> Sangre en orina	<input type="checkbox"/> Incontinencia
	<input type="checkbox"/> Orinar con frecuencia	<input type="checkbox"/> Micción nocturna
Músculo-esquelético	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Dolor en los músculos
	<input type="checkbox"/> Dolor del cuello	<input type="checkbox"/> Debilidad en el brazo
	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Debilidad en la pierna
Piel	<input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Sequedad
	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Cambio de color
	<input type="checkbox"/> Escala	
Neurológica	<input type="checkbox"/> Adormecimiento	<input type="checkbox"/> Hormigueo
	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Desmayo
	<input type="checkbox"/> Convulsiones	
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Ansiedad
	<input type="checkbox"/> Insomnio	
Endocrino	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/> Sed excesiva
	<input type="checkbox"/> Intolerancia al frío	<input type="checkbox"/> Micción excesiva
Hematología	<input type="checkbox"/> Sangrado de las encías	<input type="checkbox"/> Moretones fácil
Alergia inmuno	<input type="checkbox"/> Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Ronchas
Otros	_____	

Notas del médico

Por favor, compruebe si ha tenido cualquier pariente consanguíneo:

Enfermedad	Madre	Padre	Hermano/	Hermana	Hijos
Enfermedad del riñón					
Diabetes					
Accidente cerebrovascular					
Enfermedad del corazón					
Ataque al corazón					
Hipertensión					
Cáncer					
Tiroides					

Doctor de atención primaria: _____

Fecha de la última inyección de influenza: _____

Fecha de la última inyección de neumonía: _____

Tienes un poder médico? Si No

Si contesto 'Si', quien es su representante de atención médica? _____

Favor de traer su poder médico en su próxima visita.

HISTORIA SOCIAL

Estado Civil: Favor de circular

Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Ocupación: _____

Café Tazas por día

Té Tazas por día

Sodas Cantidad por día/ Por semana

Cerveza Por Día/ Por Semana

Bebidas Alcohólicas Por Día/ Por Semana

Fuma? Si No

Si fumó alguna vez, fecha que dejó de fumar _____

Cigarrillos _____ paquetes por día/ por _____ años

Se fuma una pipa/ un cigarro? Si No

Usa tabaco sin humo? Si No

Toma alguna de las siguientes:

Advil/Aleve Si No

AINE Si No

Ibuprofeno Si No

Suplementos de hierbas Si No