



DESERT VEIN AND VASCULAR INSTITUTE

Revision De Sistemas

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento _____

Medico de Referencia: _____ Medico General: _____

Alergias A Medicamento: _____

Medicamentos: _____

Circule Cualquiera Que Aplique

Historial Familiar: Enfermedad Cardiaca, Pulmonar, Renal, Hipertension

Historial Social: Uso de Tabaco, Uso de Alcohol, Uso de Drogas

Enfermedades Medicas: _____

Cirugias Pasadas Significantes: _____

Constitucional - Perdida de Peso, Fiebre, Fatiga, Debilidad

Ojos- Doble Vista, Perdida de Vista, Puntos Ciegos, Cataratas

Oidos, Nariz y Garganta- Sangrado de Nariz, Problemas De Encias, Ronquera, Dificultad para tragar

Cardiaca- Alta Presion, Dolor del Pecho, Falta de Aliento, Soplo, Infarto Previo, Paro Cardiaco, Fiebre Rheumatica

Respiratorio- Tos con Sangre, Flemas, Enfisema, Respiracion Ruidosa, Tuberculosis

Gastrointestinal- Enfermedad de Ulceras, Gastritis, Enfermedad Hepatica, Heces Negras, Cara Amarillenta, Hepatitis

Musculoesqueletico- Calambres para Caminar, Venas Varicosas, Lesiones Articulares, Artritis, Inflamacion de las piernas o pies, Gota, Entumecimiento

Piel- Sarpullido, Cortaduras, Canceres

Neurologico- Embolios, Mareos, Temblores, Dolores De Cabeza, Ataques Transitorio de Ceguera, Perdida de Funcion de Extremidades, **Alzheimer's, Demencia**

Psiquiatrico- Ansiedad, Depresion, Perturbacion de Sueño, Alucinaciones

Endocrinos- Enfermedad De la Tiroide, Colesterol Alto, Diabetes

Hematologico/Linfatico- CancerPrevio, Transfusiones Previas, Problemas De Sangrado, Coagulos

Alergico/Imunologico- Problemas para Sanar, VIH