

EXAMEN FÍSICO ANUAL

PREGUNTAS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha del Examen: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

ESCALA DE PUNTOS DE SÍNTOMAS:

0 = No Sufro de Esto Nunca o Casi Nunca

1 = Sufro OCASIONALMENTE (Menos de 2 veces por semana)
no es severo 2 = Sufro FRECUENTEMENTE (2 o más veces
por semana,) no es severo 3 = Sufro OCASIONALMENTE y es
Severo 4 = Sufro FRECUENTEMENTE y es severo

CONSTITUCIONAL

- ___ Fatiga (lento, cansado)
- ___ Hiperactivo (energía nerviosa)
- ___ Inquieto (no puede relajarse/quedarse quieto)
- ___ No Duermo bien por la Noche / Ronco
- ___ Cansado por la Mañana

Deambulación/caminar

- ___ Dolor al caminar continuamente
- ___ Dolor al caminar intermitentemente
- ___ Dolor con ciertos Zapatos
- ___ Inestable

Cabeza / OÍDOS

- ___ Dolor de Cabeza (de cualquier tipo)
- ___ Dolor de Oído
- ___ Infección de Oído
- ___ Zumbido en el OÍDO
- ___ Picazón en los Oídos
- ___ Secreción de los Oídos

PIEL

- ___ Manchas, Acné
- ___ Erupciones, Urticaria
- ___ Eczema
- ___ Mejillas "Rosadas"

GENTOURINARIO

- ___ Aumento Urinario
- ___ Micción Dolorosa
- ___ Dificultad para Orinar/Goteo

NASAL/SENOS PARANASALES

- ___ Goteo Post Nasal
- ___ Dolor de Senos Paranasales
- ___ Nariz que Moquea
- ___ Nariz Tapada
- ___ Estornudos

ORL – Boca/Garganta

- ___ Dolor de Garganta
- ___ Garganta Hinchada
- ___ Hinchazón de Labios/Lengua
- ___ Arcadas /Limpieza de Garganta
- ___ Lesiones ("Aftas")

PULMONES

- ___ Sibilancias Asma o síntomas similares)
- ___ Congestión en el Pecho
- ___ Tos No Productiva
- ___ Tos Productiva
- ___ Falta de Aliento

MUSCULOESQUELÉTICO

- ___ Dolores/Molestias en las Articulaciones
- ___ Rigidez en las Articulaciones
- ___ Dolores Musculares
- ___ Músculos Rígidos
- ___ Artritis (Diagnosticada)

MISCELÁNEOS

- ___ Pérdida de Memoria
- ___ Mareos

CARDIOVASCULAR

- ___ Latido Irregular
- ___ Presión Arterial Alta
- ___ Dolor de Pecho
- ___ Falta de Aliento
- ___ Palpitaciones

DIGESTIVO

- ___ Acidez/Reflujo Esofágico
- ___ Dolores/Calambres Estomacales
- ___ Dolores/Calambres Intestinales
- ___ Estreñimiento
- ___ Diarrea
- ___ Sensación de Hinchazón
- ___ Gas (de cualquier tipo)
- ___ Náuseas, Vómitos
- ___ Eliminación Dolorosa
- ___ Heces - Decoloradas

CONTROL DE PESO

- ___ Peso Actual
- ___ Altura Aproximada
- ___ Peso Fluctuante
- ___ Antojos de Comida
- ___ Retención de Agua
- ___ Atracciones de Comida o Bebida
- ___ Purgas (cualquier método)

Firma del Paciente: _____ Firma del Médico: _____

MA: Firma: _____