



## Síntomas

Fiebre_____No	Sí	Eructos_____No	Sí	Ataques de panico/ ansiedad_____No	Sí
Escalofríos_____No	Sí	Acidez_____No	Sí	Llantos_____No	Sí
Malestar_____No	Sí	Reflujo ácido_____No	Sí	Tristeza_____No	Sí
Fatiga_____No	Sí	Estreñimiento_____No	Sí	Cambios de humor_____No	Sí
Bajo de peso_____No	Sí	Diarrea_____No	Sí	Falta de disfrute_____No	Sí
Aumento de peso_____No	Sí	Vómitos de sangre No	Sí	Pesimismo_____No	Sí
↓ Appetito _____No	Sí	Heces negras_____No	Sí	Alucinaciones_____No	Sí
↑ Appetito _____No	Sí	Sangre en heces_____No	Sí	Hiperactividad_____No	Sí
Insomnia _____No	Sí	Incontinencia de heces No	Sí	Problemas de sangrado _____No	Sí
Retención de líquidos_ No	Sí	Hemorroides_____No	Sí	Nodos inflamados_____No	Sí
Intolerancia al frío _____No	Sí	Dolor rectal _____No	Sí	Anemia (sangre baja)_No	Sí
Sudores_____No	Sí	Dolor al orinar _____No	Sí	Infecciones frecuentes_ No	Sí
Vision borrosa_____No	Sí	Sangre en la orina_____No	Sí	Venas varicosas_____No	Sí
Cataratas_____No	Sí	Urinación frecuente_ No	Sí	Erupciones en piel _____No	Sí
Picor del párpado_____No	Sí	Urgencia urinaria _____No	Sí	Lunares cambiando_ No	Sí
Flotadores en ojos_____No	Sí	Vaciado incompleto_ No	Sí	Llagas en piel_____No	Sí
Vision doble_____No	Sí	Urinación nocturna excesiva_____No	Sí	Problemas de uñas/ cabello_____No	Sí
Congestion Nasal_____No	Sí	Incontinencia urinaria No	Sí	Alergias	
Nariz que moquea_____No	Sí	Dolor en las coyunturasNo	Sí	Alergia a Penicilina_____No	Sí
Picor de nariz_____No	Sí	Inflamación en las coyunturas_____No	Sí	Alergia a Sulfamida_____No	Sí
Sangrado en nariz_____No	Sí	Dolor en cuerpo_____No	Sí	Alergia a Aspirina_____No	Sí
Goteo postnasal_____No	Sí	Dolor en espalda crónico_____No	Sí	Alergia a Narcótico_____No	Sí
Dolor de garganta_____No	Sí	Debilidad _____No	Sí	Otras Alergias_____No	Sí
Zumbido del oído_____No	Sí	Dolor muscular_____No	Sí	Solo Mujeres	
Perdida de audicion_____No	Sí	Puntos sensibles_____No	Sí	Flujo vaginal/picazón_ No	Sí
Dolor de oído_____No	Sí	Inflamación en piernas_ No	Sí	Dolor pélvico_____No	Sí
Oídos tapados_____No	Sí	Calambre en piernas_ No	Sí	Menstruaciones anormales_____No	Sí
Drenaje de oídos_____No	Sí	Dolor en cuello crónicoNo	Sí	Sofocos_____No	Sí
Tos_____No	Sí	Inestabilidad caminando_____No	Sí	Disminución del deseo sexual_____No	Sí
Resollar_____No	Sí	Dolor de cabeza frecuente_____No	Sí	Dolor en senos_____No	Sí
Falta de aliento_____No	Sí	Adormecimiento/ estermecimiento_____No	Sí	Chichón en senos_____No	Sí
Tos con sangre_____No	Sí	Neuropatía _____No	Sí	Secreción del pezón_ No	Sí
Respiración dolorosa_ No	Sí	Convulsiones_____No	Sí	Terapia hormonal_____No	Sí
Estridor_____No	Sí	Cambio de estado mental_____No	Sí	Solo Hombres	
Dolor de pecho_____No	Sí	Mareos_____No	Sí	Dificultad iniciar orina No	Sí
Sin aliento con activid No	Sí	Vértigo_____No	Sí	Urinación lenta_____No	Sí
Palpitaciones_____No	Sí	Problemas de memoriaNo	Sí	Masas testiculares No	Sí
Sudoración profusa_ No	Sí	Temores_____No	Sí	Disminución del deseo sexual_____No	Sí
No se puede acostar_ No	Sí	Desmayos _____No	Sí	Erecciones problemáticas No	Sí
Despierta jadeando_ No	Sí	Depresión_____No	Sí		
Hinchazón de pies_____No	Sí				
Desmayos _____No	Sí				
Dolor abdominal_____No	Sí				
Náusea_____No	Sí				
Vomitarse_____No	Sí				
Indigestion frecuente No	Sí				

NAME:

DOB: