

Southwest Foot & Ankle Center

Revisión de los sistemas del cuerpo:

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

Marque la casilla si tiene los siguientes síntomas:

| | | | |
|---|--|--|---|
| Constitucional: <input type="checkbox"/> Escalofrios <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Fiebre | Ojos: <input type="checkbox"/> Vison borrosa <input type="checkbox"/> Cambios | Ganglios Linfáticos: <input type="checkbox"/> ganglio linfático agrandado <input type="checkbox"/> Hichazon en pierna | Immunologico: <input type="checkbox"/> Ataque de Gota <input type="checkbox"/> Alergias ambientales |
| CV: <input type="checkbox"/> Hinchazon en tobillo <input type="checkbox"/> Calambres en Pantorilla o cambio de color <input type="checkbox"/> Cambio de temperatura <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | GI: <input type="checkbox"/> Calambre abdominal <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomito | Endocrino: <input type="checkbox"/> Heridas tardan en sanar <input type="checkbox"/> Hyperglucemia <input type="checkbox"/> Hypoglucemia <input type="checkbox"/> Orina frecuente <input type="checkbox"/> Fatiga frecuente | ENT: <input type="checkbox"/> Cambios en la forma de escuchar <input type="checkbox"/> Dificultad al pasar alimentos o saliva <input type="checkbox"/> Congestion <input type="checkbox"/> Dolor en garganta |
| Psychiatric: <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Perdida de memoria <input type="checkbox"/> Ataques de Panico | Neurologico: <input type="checkbox"/> ardor, cosquillas <input type="checkbox"/> Hypersensibilidad <input type="checkbox"/> entumecimiento <input type="checkbox"/> Paralysis <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Vertigo | Respiratorio: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Corto de aire | GU: <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Sangre en orina <input type="checkbox"/> Orinacion frecuente |
| Integumento: <input type="checkbox"/> Ampollas <input type="checkbox"/> Piel seca o escamosa <input type="checkbox"/> comezon <input type="checkbox"/> Ulceras en piernas | | Musculoesquelético <input type="checkbox"/> Enrojecimiento de la articulación <input type="checkbox"/> hinchazón de las articulaciones <input type="checkbox"/> rigidez matutina <input type="checkbox"/> Dolor en musculos <input type="checkbox"/> Debilidad | |

VASCULAR/NEUROPATHY WORK SHEET

¿Experimenta dolor en reposo en la parte inferior de sus piernas o pies? SI NO

¿Experimenta dolor en sus piernas / pies al caminar? SI NO

Si es así, ¿dónde duele al caminar?

THIGHS RODILLAS CALVES PIES

¿El dolor en sus piernas y / o pies se alivia con el descanso? SI NO

¿Cuánto tiempo demora el dolor en desaparecer después del descanso? _____

¿Sus dedos de los pies o pies están pálidos, descoloridos o azulados? SI NO

¿Los cortes en los brazos / manos y / o piernas / pies tardan mucho tiempo en sanar? SI NO

¿Has notado que crece menos vello debajo de tus rodillas que sobre ellas? SI NO

¿Tiene o ha tenido úlceras en los pies? SI NO

¿Ha notado que sus pies se sienten fríos incluso cuando la temperatura es cálida? SI NO

NO ¿Sufre de adormecimiento, hormigueo, ardor o dolor en las piernas y / o los pies? SI NO

¿Tiene un alto nivel de colesterol de otros problemas de lípidos en la sangre? SI NO

¿Toma medicamentos para bajar el colesterol? SI NO

¿Tiene presión arterial alta o toma mediación para la presión arterial alta? SI NO

¿Tienes diabetes? SI NO

¿Alguna vez has fumado? SI NO

¿Ha tenido anteriormente un derrame cerebral? SI NO

¿Tiene alguna enfermedad del corazón? SI NO