

Patient name: _____ Date of birth: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

List any new health problems you've been diagnosed with since the last clinic visit.

Indique cualquier problema nuevo de salud que le hayan diagnosticado desde la última visita a la clínica.

List any changes in the family's medical history since the last clinic visit.

Indique cualquier cambio en el historial médico de la familia desde la última visita a la clínica.

List any travel, infection exposures or changes in the living situation since the last clinic visit.

Indique cualquier viaje, exposición a infecciones o cambios en la situación de vida desde la última visita a la clínica.

Patient review of systems/Revisión de los sistemas por parte de los pacientes

Please check the box if your child has experienced any of the following within the last two weeks.

Marque la cajita si su hijo ha experimentado alguna de las siguientes situaciones en las últimas dos semanas.

General/General:	Respiratory/Respiratorio:	Urinary/Urinario:
<input type="checkbox"/> Frequent fevers/Fiebres frecuentes	<input type="checkbox"/> Cough/Tos	<input type="checkbox"/> Loss of bladder control/Pérdida de control de la vejiga
<input type="checkbox"/> Unexpected weight change/ Cambio de peso inesperado	<input type="checkbox"/> Difficulty breathing (shortness of breath)/ Dificultad para respirar (falta de aire)	<input type="checkbox"/> Painful urination/Dolor al orinar
		<input type="checkbox"/> Decreased urinary output/Disminución de la producción de orina
Eyes, ears, nose and throat/ Ojos, oídos, nariz y garganta:	Cardiac/Cardíaco	
<input type="checkbox"/> Visual changes/Cambios en la visión	<input type="checkbox"/> Chest pain/Dolor en el pecho	Musculoskeletal/Musculoesquelético:
<input type="checkbox"/> Yellowing of eyes/Lo amarillento de los ojos	<input type="checkbox"/> Problems with circulation/Problemas de la circulación	<input type="checkbox"/> Joint swelling/Inflamación de las articulaciones
<input type="checkbox"/> Ear pain/Dolor de oídos		<input type="checkbox"/> Joint pain/Sarpullidos
<input type="checkbox"/> Runny nose/Goteo nasal	Gastrointestinal/ Gastrointestinal:	Skin/Piel:
<input type="checkbox"/> Sore throat/Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Vomiting/Vómitos	<input type="checkbox"/> Change in skin color/Cambio en el color de la piel
<input type="checkbox"/> Trouble swallowing/Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Heartburn/Acidez	<input type="checkbox"/> Rashes/Sarpullidos
	<input type="checkbox"/> Bloating/Distensión abdominal	Neurological symptoms/ Síntomas neurológicos:
	<input type="checkbox"/> Nausea/Náuseas	<input type="checkbox"/> Headaches/Dolores de cabeza
	<input type="checkbox"/> Loss of appetite/Pérdida de apetito	Hematologic/Hematológico:
		<input type="checkbox"/> Excessive bleeding/bruising/Sangrado o moretones excesivos