



0300004

Favor escriba su nombre y el número del registro médico del hospital (si lo sabe)

PLEASE WRITE YOUR NAME AND HOSPITAL MEDICAL RECORD NUMBER (IF KNOWN)

**REVISIÓN ESTÁNDAR PARA PACIENTES AMBULATORIOS
STANDARD AMBULATORY REVIEW**

¿Ha habido algún cambio en su salud desde su última consulta? No Si – Indique abajo
Have you had any changes in your health since your last visit? No Yes – List below

Alergias nuevas Nuevos problemas médicos Nuevas cirugías o procedimientos
New allergies New medical problems New surgeries or procedures

Cambios en el estado de salud de su familia
Changes to family health status

Cambios en la situación personal de su familia (trabajo, mudanza, dejar de fumar)
Changes in personal family situation (job, move, quit smoking)

¿Necesita que se le renueve la receta de su medicamento? Si No Otras necesidades
Do you need any prescription medicine renewals? Yes No Other needs?

¿Está teniendo problemas con sus medicamentos? Si No
Are you having any problems with your medicines? Yes No

¿Hay algunos cambios en la lista de su medicamento desde su última consulta? Si No
Are there any changes to your medicine list from your last visit? Yes No

Nuevos/cambios/detalles de la sección anterior

New/changes/details from above

¿Cuál es la razón para venir a su consulta el día de hoy (problemas médicos o personales)?
What is the reason for your visit today (medical or personal problems)?

OBSERVE SI ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS O SÍNTOMAS LE HA MOLESTADO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS (O DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA), AÑADA CUALQUIER OTRO PROBLEMA: NINGUNO
CHECK IF ANY OF THESE PROBLEMS OR SYMPTOMS HAVE BOTHERED YOU IN THE LAST TWO WEEKS (OR SINCE YOUR LAST VISIT). ADD ANY OTHER PROBLEMS: NONE

**GENERAL
GENERAL**

- Cambio de apetito
Appetite change
- Fatiga, cansancio, debilidad
Fatigue, tired, weak
- Fiebre, escalofríos o sudores nocturnos
Fever, chills or sweating at night
- Pérdida o aumento de peso involuntario
Unexpected weight gain or loss

**RESPIRACIÓN Y TÓRAX
BREATHING & CHEST**

- Falta de respiración
Shortness of breath
- Sibilancia
Wheezing
- Tos
Cough
- Imposibilitado para estar recostado
Unable to lay flat

**MÚSCULOS Y ARTICULACIONES
MUSCLES & JOINTS**

- Dolor de músculos
Muscle pain
- Dolor en las articulaciones o inflamación
Joint pain or swelling
- Inflamación de las articulaciones
Joint Swelling
- Debilidad
Weak

**CEREBRO Y NERVIOS
BRAIN & NERVES**

- Dolores de cabeza – frecuentes o malos
Headaches – often or bad
- Memoria (dificultad para recordar)
Memory (hard to remember)
- Debilidad o entumecimiento de un lado del cuerpo
Weak or numb on one side
- Estremecimiento/Convulsiones
Shaking/Seizures
- Mareo o desmayo
Dizzy or fainting

**CORAZÓN Y VENAS
HEART & VEINS**

- Dolor de pecho /opresión
Chest pain/tightness
- Palpitaciones o aleteo auricular
Palpitations or heart fluttering
- Hinchazón de manos, pies, piernas
Swelling of hands, feet, legs
- Mareo o desmayo
Dizzy or fainting
- Adormecimiento, hormigueo o dolor en pies/piernas
Numb, tingling or pain in feet/legs

**PIEL
SKIN**

- Cambio de color
Color change
- Sarpullido o herida
Rash or wound
- Lunares (manchas en la piel)
Moles (skin spots)

OBSERVE SI ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS O SÍNTOMAS LE HA MOLESTADO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS (O DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA), AÑADA CUALQUIER OTRO PROBLEMA:

NINGUNO

CHECK IF ANY OF THESE PROBLEMS OR SYMPTOMS HAVE BOTHERED YOU IN THE LAST TWO WEEKS (OR SINCE YOUR LAST VISIT). ADD ANY OTHER PROBLEMS:

NONE

CABEZA Y CUELLO
HEAD & NECK

- Dolor en la cara o hinchazón
Face pain or swelling
- Dolor de boca o pérdida de sangre
Mouth pain or bleeding
- Dolor de dientes, aflojados o rotos
Teeth pain, loose, broken
- Dolor de cuello o tortícolis
Neck pain or stiffness
- Dificultad al deglutir (tragar)
Swallowing trouble
- Cambio en la audición
Hearing change
- Cambio en la vision
Vision change
- Fluído nasal (removed moquera)
Runny nose
- Naríz congestionada
Stuffy nose

ESTÓMAGO
STOMACH

- Acidéz o indigestión
Heartburn or indigestion
- Dolor de estómago o abdomen
Pain in stomach or abdomen
- Náusea o vómito
Nausea or vomiting
- Estreñimiento
Constipation
- Diarrea
Diarrhea
- Materia fecal negra o con sangre
Black or bloody stool (BM)

SALUD MENTAL
MENTAL HEALTH

- Deprimido o triste
Depressed or sad
- Duerme - demasiado o demasiado poco
Sleep - too much or too little
- Ansioso o nervioso
Anxious or nervous

OTROS
OTHER

- Sediento
More thirst
- Siente demasiado calor o demasiado frío
Feel too hot or too cold
- Aparecen moretones o sangra con facilidad
Bruise or bleed easily
- Glándulas inflamadas
Swollen glands

ORINA/SEXO
URINE/SEX

- Necesidad urgente de orinar con frecuencia
Frequent urge with urine
- Dolor o ardor al orinar
Pain or burning with urine
- Fuga de orina al toser o estornudar
Leak urine with cough/sneeze
- Sangre en la orina
Blood in urine
- Llagas o secreciones en el pene o la vagina
Sores or discharge on penis or vagina
- Menstruación
Menstrual period

OTROS PROBLEMAS O SÍNTOMAS

OTHER PROBLEMS OR SYMPTOMS

Llenado por _____ fecha _____
Completed by **NOMBRE/FIRMA** *Date*
NAME/SIGNATURE

Estuvo presente un intérprete _____ Teléfono Cyracom # _____
Interpreter present **NOMBRE/FIRMA** *Cyracom phone ID #*
NAME/SIGNATURE

Revisado por _____ Ingresado en el Registro Médico Electrónico
Reviewed by **NOMBRE/FIRMA** (EMR) Fecha _____
NAME/SIGNATURE *Entered into EMR Date*