



NAME: \_\_\_\_\_

REVIEW OF SYSTEMS: If you are currently having problems in the following areas please circle and explain.

SKIN: itching, rash, infection, ulcer, tumors(growths), other

LYMPH NODES: swelling, tenderness, other

BONES, JOINTS, MUSCLES: muscle pain, cramps, joint pain, swelling, other

ENDOCRINE: fatigue, confusion, fainting, nervousness, hot/cold intolerance, hair loss, other

ALLERGY/IMMUNOLOGY: recurrent infections, hayfever, hives, food allergy, drug sensitivity, other

HEAD: headaches, dizziness, vertigo, other

EARS: hearing loss, ringing, infections, other

NOSE: bleeding, loss of smell, congestion, sinus problems, other

THROAT: dry mouth, loss of taste, difficulty swallowing, hoarseness, other

NECK: pain, swelling, stiffness, other

BREASTS: tenderness, swelling, lumps, discharge, other

BLOOD: fever/chills, bruise easily, prolonged bleeding, skin hemorrhages, blood loss, other

RESPIRATORY: wheezing, cough(productive/blood) difficulty breathing, asthma, other

CARDIOVASCULAR(heart/blood vessels): chest pain, swelling of extremities, shortness of breath, exercise intolerance, other

GASTROINTESTINAL(stomach/intestines) nausea, vomiting, change in bowel habits, constipation, diarrhea, pain/cramps, bleeding, other

GENITOURINARY(genitals/kidney/bladder) frequency, burning, hesitancy, pain or bleeding on urination, infections, incontinence, impotence, other

NERVOUS SYSTEM: weakness in arms or legs, numbness or tingling, loss of consciousness, falls, difficulty walking, seizures, tremors, neuralgia, other

PSYCHIATRIC: disorientation, mood swings, anxiety, depression, hallucinations, other

This form completed by: Patient Family Staff

History reviewed by: \_\_\_\_\_ M.D. Date: \_\_\_\_\_





DALLAS  
EYE & EAR

LINDA L. BURK MD

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---

none

---



DALLAS  
EYE & EAR

LINDA L. BURK MD



LINDA L. BURK, MD

## QUESTIONARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE

**NAME:**

**REVISIÓN DE SISTEMAS: Si actualmente está teniendo problemas en las siguientes áreas favor de circule y explique.**

**PIEL:** picazón, salpullido, infección, úlceras, tumores (crecimientos), otros  none

**ADENOPATÍAS:** hinchazón, sensibilidad, otros  none

**HUESOS, articulaciones, músculos:** Dolor muscular, calambres, dolor en las articulaciones, hinchazón, otro  none

**ENDOCRINO:** fatiga, confusión, desmayo, nerviosismo, frío / intolerancia al frío, pérdida de cabello, otros  none

**Alergias / Inmunología:** infecciones recurrentes, fiebre del heno, urticaria, alergia a los alimentos, la sensibilidad de drogas, otros  none

**CABEZA:** Dolores de cabeza, mareos, vértigo, otros  none

**OREJAS:** pérdida de oído, infecciones, zumbido, otros  none

**NARIZ:** sangrado, pérdida del olfato, congestión, problemas de sinusitis, otros  none

**GARGANTA:** sequedad de boca, pérdida del gusto, dificultad para tragar, ronquera, otros  none

**CUELLO:** dolor, inflamación, rigidez, otros  none

**PECHOS:** sensibilidad, hinchazón, bultos, secreción, otros  none

**SANGRE:** fiebre / escalofríos, moretones con facilidad, sangrado prolongado hemorragias de la piel, pérdida de sangre, otros  none

**RESPIRATORIA:** sibilancias, tos (productiva / sangre) dificultad para respirar, asma, otros  none

**CARDIOVASCULAR (vasos del corazón / de la sangre):** dolor de pecho, hinchazón de extremidad, falta de aliento, intolerancia al ejercicio, otros  none

**Gastrointestinal (estómago / intestino)** náuseas, vómitos, cambios en los hábitos intestinales, estreñimiento, diarrea, dolor / calambres, sangrado, otros  none

**GENITOURINARIO (genitales / riñón / vejiga)** de frecuencia, ardor, dificultad, dolor o sangrado al orinar, infecciones, incontinencia, impotencia, otros  none

**SISTEMA NERVIOSO:** debilidad en los brazos o las piernas, entumecimiento u hormigueo, pérdida de la conciencia, caídas, dificultad para caminar, convulsiones, temblores, neuralgia, otros  none

**PSIQUIÁTRICO:** desorientación, cambios de humor, ansiedad, depresión, alucinaciones, otros  none

Este formulario completado por:    Paciente            Personal            Familia



DALLAS  
EYE & EAR

Historia revisado por:

LINDA L. BURK, MD

M.D.

Fecha:

LINDA L. BURK, MD

\_\_\_\_\_