



Cuestionario de síntomas médicos

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Califique cada uno de los siguientes síntomas teniendo en cuenta su perfil de salud habitual durante los últimos 14 días.

- Escala de puntos**
- | | |
|---|---|
| 0 – <i>Nunca o casi nunca</i> padezco el síntoma | 3 – <i>Con frecuencia</i> lo padezco, pero el efecto <i>no es grave</i> |
| 1 – <i>Ocasionalmente</i> lo padezco, pero el efecto <i>no es grave</i> | 4 – <i>Con frecuencia</i> lo padezco y el efecto es <i>grave</i> |
| 2 – <i>Ocasionalmente</i> lo padezco y el efecto es <i>grave</i> | |

CABEZA	<p>_____ Dolores de cabeza</p> <p>_____ Desmayos</p> <p>_____ Mareos</p> <p>_____ Insomnio</p> <p style="text-align: right;">Subtotal _____</p>
OJOS	<p>_____ Lagrimeo o picazón en los ojos</p> <p>_____ Párpados pegajosos, enrojecidos, hinchados</p> <p>_____ Bolsas o círculos oscuros debajo de los ojos</p> <p>_____ Visión borrosa o visión de túnel <i>(No incluye miopía ni hipermetropía)</i></p> <p style="text-align: right;">Subtotal _____</p>
OÍDOS	<p>_____ Picazón en los oídos</p> <p>_____ Dolores de oído, infección de oído</p> <p>_____ Secreción de los oídos</p> <p>_____ Zumbido en los oídos, pérdida de la audición</p> <p style="text-align: right;">Subtotal _____</p>
NARIZ	<p>_____ Congestión nasal</p> <p>_____ Problemas de los senos paranasales</p> <p>_____ Fiebre del heno</p> <p>_____ Ataques de estornudos</p> <p>_____ Formación excesiva de mocos</p> <p style="text-align: right;">Subtotal _____</p>
BOCA/GARGANTA	<p>_____ Tos crónica</p> <p>_____ Ahogo, necesidad frecuente de aclarar la garganta</p> <p>_____ Dolor de garganta, carraspera, pérdida de la voz</p> <p>_____ Hinchazón o decoloración de la lengua, las encías y los labios</p> <p>_____ Llagas bucales</p> <p style="text-align: right;">Subtotal _____</p>
PIEL	<p>_____ Acné</p> <p>_____ Urticaria, sarpullidos, piel seca</p> <p>_____ Pérdida del cabello</p> <p>_____ Rubefacción, sofocos</p> <p>_____ Sudor excesivo</p> <p style="text-align: right;">Subtotal _____</p>
CORAZÓN	<p>_____ Latidos irregulares o interrumpidos</p> <p>_____ Latidos acelerados o fuertes</p> <p>_____ Dolor de pecho</p> <p style="text-align: right;">Subtotal _____</p>

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS MÉDICOS

PULMONES

_____ Congestión de pecho
_____ Asma, bronquitis
_____ Falta de aliento
_____ Dificultad para respirar

Subtotal _____

SISTEMA DIGESTIVO

_____ Náuseas, vómitos
_____ Diarrea
_____ Estreñimiento
_____ Sensación de hinchazón
_____ Eructos, expulsar gases
_____ Acidez
_____ Dolor intestinal/estomacal

Subtotal _____

ARTICULACIONES/ MÚSCULOS

_____ Dolor en las articulaciones
_____ Artritis
_____ Rigidez o limitación del movimiento
_____ Dolor en los músculos
_____ Sensación de debilidad o cansancio

Subtotal _____

PESO

_____ Consumo elevado de comida/alcohol
_____ Ansiedad por ciertos alimentos
_____ Exceso de peso
_____ Comer compulsivamente
_____ Retención de líquidos
_____ Bajo peso

Subtotal _____

ENERGÍA/ACTIVIDAD

_____ Fatiga, pereza
_____ Apatía, letargo
_____ Hiperactividad
_____ Agitación

Subtotal _____

MENTE

_____ Memoria deficiente
_____ Confusión, mala comprensión
_____ Poca concentración
_____ Coordinación física deficiente
_____ Dificultad para tomar decisiones
_____ Tartamudeo o balbuceo
_____ Problemas de dicción
_____ Dificultades en el aprendizaje

Subtotal _____

EMOCIONES

_____ Altibajos emocionales
_____ Ansiedad, temor, nerviosismo
_____ Enojo, irritabilidad, agresividad
_____ Depresión

Subtotal _____

OTROS

_____ Enfermedades frecuentes
_____ Micción frecuente o urgente
_____ Secreción o picazón en los genitales

Subtotal _____

Total _____