



# 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>        |   |

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

## 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** \_\_\_\_\_