

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Dirección 1:	# de Seguro Social:
Dirección 2:	Sexo:
Cuidad:	Correo Electrónico:
Estado: Zip:	Empleador:
# de Casa:	Contacto de Emergencia:
# de Trabajo:	# del Contacto de Emergencia:
# de Celular:	Relación del contacto:
Doctor de la Referencia:	Doctor Primario:
Farmacia:	# de Farmacia:
Estado de Empleado: (Uno): Jubilado Tiempo Completo Mitad de Tiempo Militar Trabajador Independiente Ninguno	
Estado Civil: (Uno): Casado Divorciado Soltero Separado Viudo	
Como escucho de nosotros: (Uno) Páginas Amarillas Periodico Doctor Familia/Amistades Radio Internet Compañía de Seguro Programa de Comunidad Correo Otro: _____	
Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska / Asiatico / Moreno o Africano Americano/ Nativo Hawaiiiano / Blanco / No Quiero Reportar / Otro Isleño Pacífico / Mas de una raza	
Ethnicidad: Hispano o Latino / No Hispano o Latino / No Quiero Reportar	
Lenguaje Preferido:	
Mejor Manera de contactarlo para recordar citas: Correo /Telefono / Mensaje Web	
¿Es usted residente de una residencia de ancianos o residente asistido? SI / NO	

INFORMACION DEL GARANTE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Dirección 1:	# de Seguro Social:
Dirección 2:	
Cuidad:	Empleador:
Estado: Zip:	
# de Casa:	
# de Trabajo:	

INFORMACION DE SEGURO

Seguro Primario:	Seguro Secundario:
# de Certificado:	# de Certificado:
# de Grupo:	# de Grupo:
Nombre de Grupo:	Nombre de Grupo:
Nombre de Suscriptor:	Nombre de Suscriptor:
Fecha de Nacimiento del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento del Suscriptor:
Cantidad del Co-pago:	Cantidad del Co-pago:

Autorización para pagar beneficios al médico: Autorizo la divulgación de información médica u otra información necesaria para procesar reclamos de seguro de salud. También solicito el pago de beneficios a mí mismo oa mi Proveedor, CHESAPEAKE UROLOGY ASSOCIATES cuando acepte la cesión.

Autorización para liberar información médica: Por la presente autorizo a mi Proveedor, CHESAPEAKE UROLOGY ASSOCIATES a liberar cualquier información necesaria para mi curso de tratamiento.

Firma del Paciente o Guardian Legal

Fecha

DECLARACIÓN DE POLIZA DE PRIVACIDAD

Yo comprendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a privacidad con respecto a mi información médica protegida. Yo comprendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planificar, y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en mi tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener pagos de pagadores de tercera.
- Realizar operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Chesapeake Urology Associates (CUA) me ha informado de su Declaración de Poliza de Privacidad, conteniendo una descripción más completa del uso y divulgaciones de mi información de salud. Me han dado el derecho de repasar tal Declaración de Poliza de Privacidad antes de firmar el consentimiento. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Declaración de Poliza de Privacidad de tiempo a tiempo y que puedo contactar a esta organización a cualquier momento para obtener una copia de la Declaración de Poliza de Privacidad.

Comprendo que puedo solicitar por escrito que CUA restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, pago, o operaciones de atención médica. También tengo entendido que CUA no es requerida a estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas. En caso de que CUA acepte, entonces la organización está obligada a cumplir con tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que CUA haya tomado medidas basadas en este consentimiento.

Hemos elegido participar en el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP), un intercambio de información que sirve Maryland y D.C. Según lo permitido por la ley, su información de salud será compartida a fin de proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de atención y ayudar a los proveedores a tomar decisiones más informadas. Usted puede "opt-out" y deshabilitar el acceso a su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de Opt-Out a CRISP por correo, fax o por medio de su sitio web en www.crisphealth.org. La información sobre la salud pública y sustancias peligrosas controladas, como parte del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados (PDMP), seguirá estando disponible para los proveedores.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN A CONTACTOS (POR FAVOR ESCRIBA NOMBRES)

_____ Primer Individuo	_____ Relación	_____ Número de Teléfono
_____ Segundo Individuo	_____ Relación	_____ Número de Teléfono
_____ Tercer Individuo	_____ Relación	_____ Número de Teléfono

ACEPTACIÓN Y INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Por favor provee un número de teléfono donde el doctor puede dejar mensajes detallados para usted.

Número: _____ Firma: _____ Fecha: _____

POLIZA FINANCIERA

Chesapeake Urology Associates, P.A., Summit Ambulatory Surgical Center, LLC y otras subsidiarias de propiedad total (individual o colectivamente Chesapeake) se dedican a brindar atención de calidad al paciente y también son conscientes de que las preocupaciones financieras son parte de su bienestar.

Antes de su visita, Chesapeake es requerida a verificar su elegibilidad de miembro con su seguro médico. En adición, para su protección de acuerdo con regulaciones federales, Chesapeake es requerida a verificar su identidad (licencia de conducir válida o otro tipo de identificación con foto aceptable). Su falta de proveer una identificación con foto aceptable puede causar la negación de servicios. Por favor informe al personal de la oficina si tiene alguna preocupación sobre sus beneficios del seguro o si no tiene cobertura de seguro (pagaría al contado). Si usted paga al contado y no puede satisfacer sus obligaciones financieras a Chesapeake, es posible que se ponga en contacto con su departamento de salud local para ver si usted es elegible para Asistencia Médica. Por favor, no dude en comunicarse con nuestro Coordinador de Pacientes al **866-681-2335** para hablar de sus opciones de pago por adelantado.

Por favor lea lo siguiente cuidadosamente y firme abajo.

Copagos, Coseguros y Saldos Pendientes: Copagos, coseguros y saldos pendientes que no son cubiertos por su seguro son debidos antes o en el momento en que los servicios se hagan. Pago se puede hacer por medio de cheque, efectivo, MasterCard, VISA, American Express y Discover. Además de esto, puede ser elegible para financiar una suma de lo que usted debe por los servicios prestados a través de una institución financiera de tercera. La inhabilidad de pagar en el momento del servicio puede resultar en que cambiemos la fecha de su cita.

Referidos: Es su responsabilidad de obtener un referido de su doctor primario. Referidos deben ser presentados en el momento de su cita, si es aplicable. Si necesita que un referido sea enviado por fax a nosotros, nuestra oficina le dará el número de fax. Si su plan de seguro médico requiere que tenga un referido o autorización, y usted no lo provee, su cita será cambiada a otro día o su reclamo para ese día de servicio será procesado como beneficios fuera de estado, si es aplicable.

Pacientes Asegurados: Para aquellas compañías de seguros con las que tenemos contrato (donde somos considerados proveedores participantes) presentaremos un reclamo en su nombre por los servicios que ofrecemos. Cualquier copago, coseguro, o saldos pendientes deben ser pagados en su totalidad antes o en el momento del servicio. Recomendamos que los pacientes contacten a su compañía de seguros para hacer preguntas específicas relacionadas con su Explicación de Beneficios.

Para aquellas compañías de seguros con las que no estamos contratados (donde se considera que no participamos) requerimos el pago completo por todos los servicios dados en el día del servicio. Le proporcionaremos un recibo detallado indicando los servicios del día de su cita y su

responsabilidad de pago. Usted puede enviar este recibo a su compañía de seguro para que le puedan reembolsar su pago.

Pacientes Que Pagan Al Contado: El pago por el servicio es debido en su totalidad en el momento de servicio a menos que se hayan hecho otros arreglos con nuestro Departamento de Contabilidad de Pacientes.

Hay una póliza separada para las cirugías electivas que se pagan al contado - Programación de Cirugía Electiva y Póliza de Pago.

Exámenes Diagnósticos: Durante el curso de su tratamiento médico con Chesapeake Urology, incluyendo su visita al consultorio y/o procedimiento quirúrgico, su urólogo puede solicitar que se obtenga una muestra de tejido, sangre u orina con fines de diagnosticar. Estos exámenes se están realizando con el fin de ayudar a su urólogo diagnosticar y

POLIZA FINANCIERA (CONTINUADO)

manejar bien su condición urológica. Dependiendo de los requisitos de su cobertura de seguro, estos especímenes pueden ser procesados en el laboratorio de patología interna de Chesapeake Urology o en un laboratorio de tercera, por ejemplo, Quest o LabCorp. Los costos de estas pruebas de laboratorio varían dependiendo de la naturaleza y complejidad de cada examen. El costo de una prueba de diagnóstico, incluyendo el costo que se le exigirá pagar, por si tiene, depende de su compañía de seguro y el tipo de cobertura que tenga. Por favor note: 1) Todos los cargos para los especímenes procesados en el laboratorio de Chesapeake Urology serán incluidas en el cobro que usted reciba de Chesapeake Urology. 2) Los cargos por especímenes procesados en un laboratorio de tercera le serán cobrados directamente por ese laboratorio.

Póliza de Ausencia/Cancelación Mismo Día de su Cita: Se le cobrará un pago de \$25 por cualquier cita perdida en la que no haiga llamado a cancelar por lo menos 24 horas antes de la hora de su cita. El cobro será su responsabilidad de pagar y no se facturará a su compañía de seguro. Esta póliza también se aplica a cualquier cita para un procedimiento que se realizará en nuestro centro quirúrgico de Summit, excepto que el cobro de esa cita perdida será \$100.

Balances en su Cuenta: Nuestra oficina le proveera cobros mensuales de toda la actividad en su cuenta incluyendo nuevos cargos, pagos, y ajustes contractuales de su compañía de seguro, junto con los pagos realizado por usted. Le cobraremos una tarifa por cualquier cheque devuelto según lo dispuesto por la ley de Maryland si los pagos que usted hace son devueltos debido a fondos insuficientes o un pago detenido. **Por favor tenga en cuenta que el incumplimiento de pagar cobros pendientes que son su responsabilidad resultará en un cargo de retraso de \$5 según lo dispuesto por la Ley del Estado de Maryland. También puede resultar en: (a) cambio de fecha de cualquier cita que tenga (b) envío de su cuenta a una agencia de cobros o abogado de colección de nuestra elección, lo que puede resultar en cargos adicionales para usted, incluyendo costos legales equivalente al 40% de su cobro pendiente. (c) reportandolo a una o más agencias de crédito de tercera, y (d) terminación de la práctica.**

Información de Contacto: Toda información de contacto obtenida por la práctica de usted puede ser utilizada para el propósito de recolectar todos los cobros pendientes que se deban a Chesapeake.

Asuntos de Facturación / Quejas: Para asuntos de facturación, puede contactar a nuestros ayudantes de Contabilidad de Pacientes al 866-681-2335. Alguna queja debe recibirse por escrito dentro de los 60 días de recibir el cobro o después de tener una conversación con el personal de Chesapeake con respect al asunto en cuestión.

LA SIGUIENTE DISPOSICIÓN SE APLICA A TODOS LOS PACIENTES EXCEPT A LOS QUE SÓLO TIENEN MEDICARE SIN COBERTURA SECUNDARIA . SI USTED ESTÁ CUBIERTO 1) POR MEDICARE Y TIENE COBERTURA SECUNDARIA, O 2) SI ESTÁ CUBIERTO POR MEDICARE ADVANTAGE PLAN, TIENE QUE PONER SUS INICIALES AQUI. Yo autorizo y solicito que mi compañía de seguro le pague directamente a Chesapeake Urology Associates, P.A., Summit Ambulatory Surgical Center, LLC y a cualquier subsidiaria de cualquier beneficio que pueda ser debido por los servicios y suministros cubiertos que me haga Chesapeake Urology Associates.

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS AL MÉDICO

Autorizo la emission de información médica u otra información necesaria para procesar reclamos de seguro de salud. También solicito el pago de beneficios a mí mismo o a mi proveedor, Chesapeake Urology Associates, cuando acepte la asignación.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a mi proveedor, Chesapeake Urology Associates, a divulgar cualquier información necesaria para mi curso de tratamiento.

Nombre

Fecha

Nombre:

Fecha:

HISTORIA

PROBLEMA PRINCIPAL

Cuál es el motive **principal** de la consulta?

ALERGIAS

Es Ud. alérgico a alguno de los siguientes medicamentos o sustancias? Por favor elija **Sí** o **No** para cada uno.

Marque aqui si **NO** tiene ninguna alergia.

Alergeno	Sí	No	Reacción
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contraste Iodado IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cipro / Ciprofloxacín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levaquin / Levofloxacín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Macrobid / Nitrofurantion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros (por favor indique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MEDICAMIENTOS

Por favor agregue **nombres y dosis** de todos los medicamentos que esta tomando (incluya medicamentos sin receta/suplementos). **SI TIENE UNA LISTA DE MEDICINAS CON USTED, ENTREGELA CON ESTAS FORMAS.**

Marque el cuadro si **NO** toma medicamentos

Medicamento

Dosis

CIRUGÍA PREVIA

Alguna vez le han hecho las siguientes **cirugías o procedimientos**? Por favor marque **Sí** o **No** para cada uno.

Marque el cuadro si **NO** ha tenido cirugías o procedimientos.

Cirugía Urológica (El Doctor va repasar con usted)

Sí **No** **Fecha**

Cirugía de los riñones

Vejiga or cirugía de incontinencia

Próstata

Cirugía escrotal/testículo

Cirugía del pene

Cirugía Abdominal	Sí	No	Fecha
Retiro del apéndice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vesícula biliar (colecistectomía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingle (inguinal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ombligo (umbilical)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Resección intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bolsa para el drenaje de heces (ostomía)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reparo de aneurismo abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cirugía Ginecologicas	Sí	No	Fecha
Histerectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cirugía del Cerebro, Cabeza o Cuello	Sí	No	Fecha
Cirugía carotídea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cirugías de Tórax	Si	No	Fecha
Revascularización coronaria (bypass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stent(s) cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cirugías de Huesos/Articulaciones	Si	No	Fecha
Articulación artificial/Reemplazo? Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Otras Cirugías (por favor enumere):	Fecha

HISTORIAL MEDICA

Ha recibido tratamiento para alguno de los siguientes **padecimientos**?

Por favor marque **Sí** o **No** para cada uno.

Padecimiento	Sí	No
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Glándula adrenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer's / demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/Enfisema/COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos / DVT / Tromboembolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer(cuáles):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión / ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo gástrico (GERD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Padecimiento	Sí	No
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBD (Enfermedad de Crohn's/colitis ulcerosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Función de riñon abnormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piedras de riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis múltiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis / osteopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión de la médula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (por favor indique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIA FAMILIAR

Tiene **parientes de primer grado** con cualquiera de las siguientes condiciones?

Por favor marque **los parientes correspondientes** para cada uno.

Condición	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Hija	Hijo
Cáncer de prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piedras de riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infartos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (indique cuales):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTORIA SOCIAL

Marque o llene la **respuesta apropiada** para cada pregunta.

Pregunta	Respuesta
Estado civil?	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho
Fuma?	<input type="checkbox"/> Si, diario <input type="checkbox"/> Si, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Ya no <input type="checkbox"/> No, nunca
Desde cuando fuma?	
Cuantos paquetes al día?	
Cuando dejó de fumar?	

HISTORIA SOCIAL (CONTINUADO)

Marque o llene la **respuesta apropiada** para cada pregunta.

Pregunta

Respuesta

Utiliza el tabaco sin humo?

Sí

No

Bebe alcohol?

Sí

No

Bebe alcohol?

Cuántas bebidas por semana?

Qué bebe?

Cerveza

Licor

Qué bebe?

Cuándo dejó de tomar?

Usa drogas recreativas?

Sí

No

En caso afirmativo, cuáles?

Anfetaminas

Cocaína

Marijuana

Heroína

Otro (cuál):

Cuántas bebidas cafeinadas toma al día?

Ha tenido una transfusion de sangre?

Sí

No

Cuál es su idioma preferido?

Inglés

Español

Francés

Alemán

Portugués

Ruso

Chino

Japonés

Italiano

Vietnamita

Árabe

Otro/negar

Cuál es su raza?

Blanco

Negro/ Afroamericano

Asiático

Hispano/Latino

Indio Americano/de Alaska

Originario de Hawaii/de las Islas del Pacífico

Eskimo

Desconocido/ Otro /Negar

Cuál es su origen étnico?

Hispano/Latino

Desconocido

No Hispano o Latino

Negar

Cuál es su trabajo o empleo?

Para quién trabaja?

REVISIÓN DE SISTEMAS

Tiene síntomas relacionados con los siguientes? Marque **Sí** o **No** para cada uno.

Constitucional

Sí No

Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ojos

Sí No

Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oídos, Nariz, y Garganta

Sí No

Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cardiovascular

Sí No

Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latidos irregulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Respiratorio

Sí No

Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silbidos o estertores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gastrointestinal

Sí No

Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náusea/vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio en hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Músculoesquelético

Sí No

Dolor crónico de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor Crónico de cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Integumentario, Piel

Sí No

Ronchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picazón persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia de cancer de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neurológico

Sí No

Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hematológico, Linfático

Sí No

Ganglios inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Endócrino

Sí No

Fatiga crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crónicamente demasiado caliente/frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>