



### REVISIÓN DE SISTEMAS DE REUMATOLOGÍA

Revise los síntomas que tiene actualmente o que ha tenido en el último año. Por favor, marque todo lo que corresponda.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>GENERAL</b><br><br><input type="checkbox"/> Fiebre<br><input type="checkbox"/> Escalofríos<br><input type="checkbox"/> Fatiga<br><input type="checkbox"/> Pérdida de peso<br><input type="checkbox"/> Aumento de peso                                                                                                                                                                    | <b>GASTROINTESTINAL</b><br><br><input type="checkbox"/> Acedía<br><input type="checkbox"/> Dolor abdominal<br><input type="checkbox"/> Náuseas<br><input type="checkbox"/> Vómito<br><input type="checkbox"/> Diarrea / Heces blandas<br><input type="checkbox"/> Estreñimiento<br><input type="checkbox"/> Sangre en las heces<br><input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <b>PIEL</b><br><br><input type="checkbox"/> Cambios de color en las yemas de los dedos<br><input type="checkbox"/> Lesiones cutáneas nuevas o cambiantes<br><input type="checkbox"/> Fotosensibilidad<br><input type="checkbox"/> Erupciones<br><input type="checkbox"/> Edema                                                                                                                 |
| <b>OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA</b><br><br><input type="checkbox"/> Cambios visuales<br><input type="checkbox"/> Dolor o enrojecimiento de los ojos<br><input type="checkbox"/> Secreción ocular<br><input type="checkbox"/> Sequedad ocular<br><input type="checkbox"/> Xerostomía<br><input type="checkbox"/> Úlceras orales<br><input type="checkbox"/> Glándulas del cuello agrandadas | <b>URINARIO</b><br><br><input type="checkbox"/> Aumento de la frecuencia urinaria<br><input type="checkbox"/> Pérdida del control de la vejiga<br><input type="checkbox"/> Dolor al orinar                                                                                                                                                                                         | <b>NEURO/PSIQUIATRA</b><br><br><input type="checkbox"/> Cefaleas<br><input type="checkbox"/> Entumecimiento<br><input type="checkbox"/> Hormigueo<br><input type="checkbox"/> Mareos<br><input type="checkbox"/> Desmayo<br><input type="checkbox"/> Convulsiones<br><input type="checkbox"/> Ansiedad<br><input type="checkbox"/> Depresión<br><input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <b>CARDIOVASCULAR/PULMONAR</b><br><br><input type="checkbox"/> Dolor en el pecho<br><input type="checkbox"/> Opresión en el pecho<br><input type="checkbox"/> Palpitaciones<br><input type="checkbox"/> Tos<br><input type="checkbox"/> Dificultad para respirar<br><input type="checkbox"/> Sibilancia                                                                                     | <b>MUSCULOESQUELÉTICO</b><br><br><input type="checkbox"/> Debilidad<br><input type="checkbox"/> Dolor muscular<br><input type="checkbox"/> Dolor de cuello<br><input type="checkbox"/> Dolor de espalda<br><input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones<br><input type="checkbox"/> Hinchazón de las articulaciones                                                        | <b>ENDOCRINO</b><br><br><input type="checkbox"/> Intolerancia al calor<br><input type="checkbox"/> Intolerancia al frío<br><input type="checkbox"/> Sudoración nocturna                                                                                                                                                                                                                        |

### PRUEBA DE DETECCIÓN DE DEPRESIÓN

|                                                                                                       |                     |                         |                                         |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|
| Durante las últimas <b>2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? | <b>0</b><br>De nada | <b>1</b><br>Varios días | <b>2</b><br>Más de la mitad de los días | <b>3</b><br>Casi todos los días |
| Poco interés o placer en hacer las cosas                                                              |                     |                         |                                         |                                 |
| Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado                                                        |                     |                         |                                         |                                 |
|                                                                                                       |                     |                         |                                         |                                 |