



Dr. Peter Zonakis M.D. Otorrinolaringología

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

**Por favor responda las siguientes preguntas:**

Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_ Medico referente: \_\_\_\_\_

Motivo de visita de hoy: \_\_\_\_\_

Ha tenido tratamiento previo: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ENT Revisión de Sistemas**

**Oídos: Circule Derecho y/o Izquierdo**

D / I Pérdida de la Audición \_\_\_\_\_ Mareo (sensación de dar vueltas)

D / I Zumbido de Oído \_\_\_\_\_ Fuera de Balance

D / I Secreción del Oído \_\_\_\_\_ Exposición al Ruido Fuerte ( \_\_\_ Armas \_\_\_ Trabajo)

**Nariz:**

\_\_\_\_\_ Congestión

\_\_\_\_\_ Nariz Mocosas

\_\_\_\_\_ Goteo Pos nasal

\_\_\_\_\_ Hemorragias Nasales

\_\_\_\_\_ Infecciones Senos nasales

\_\_\_\_\_ Obstrucción de la Respiración

\_\_\_\_\_ Anormalidad de Olor

**Dolor de cabeza:**

Donde está localizado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Constante

\_\_\_\_\_ Periódico

\_\_\_\_\_ Dolor Punzante

\_\_\_\_\_ Presión

\_\_\_\_\_ Náuseas

\_\_\_\_\_ Sensibilidad a la Luz / Síntomas del Ojo

**Garganta:**

\_\_\_\_\_ Dolor de Garganta

\_\_\_\_\_ Dificultad para Ingerir

\_\_\_\_\_ Ronquera

\_\_\_\_\_ Tos

\_\_\_\_\_ Úlceras en la Boca

\_\_\_\_\_ Ardor de Estómago

**Cara y Cuello:**

\_\_\_\_\_ Nudo en el Cuello

\_\_\_\_\_ Llaga que no Cicatriza

\_\_\_\_\_ Cambio en Lunar

\_\_\_\_\_ Cicatriz

\_\_\_\_\_ Dolor:

Lado: \_\_\_ Derecho \_\_\_ Izquierdo



**Marque si ha tenido alguno de los siguientes:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                 | <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición  | <input type="checkbox"/> Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Artritis               | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca     | <input type="checkbox"/> Esclerosis    |
| <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Soplo del Corazon       | <input type="checkbox"/> Marcapasos    |
| <input type="checkbox"/> Desorden Sanguíneo     | <input type="checkbox"/> Desorden de la Próstata | <input type="checkbox"/> Hepatitis     |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis             | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta   | <input type="checkbox"/> Neumonía      |
| <input type="checkbox"/> Cancer                 | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto         | <input type="checkbox"/> Diabetes      |
| <input type="checkbox"/> Cataratas              | <input type="checkbox"/> VIH Positiva            | <input type="checkbox"/> Convulsiones  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón    | <input type="checkbox"/> Glaucoma      |
| <input type="checkbox"/> Enfisema               | <input type="checkbox"/> Hipertermia Maligna     | <input type="checkbox"/> Migrañas      |
| <input type="checkbox"/> Úlceras del Estómago   | <input type="checkbox"/> Desorden de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Tuberculosis  |

**Otras Enfermedades:**

---

**Antecedentes familiares: Marque todos los que correspondan:**

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral       | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón      | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta       | <input type="checkbox"/> Cancer   |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis           | <input type="checkbox"/> Enfermedad Respiratoria     | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón   | <input type="checkbox"/> Complicaciones de Anestesia |                                   |

**Alergias:**

---

---

**Medicamentos:**

---

---

**Historial Cirúrgico:**

---

---