

Cardiothoracic and Vascular Surgeons – Review of Systems (ROS)/Revisión del Sistema (ROS)

(Please check all the following conditions listed below that you are currently experiencing. If applicable, provide additional notes about the condition)/(Por favor marque todas las condiciones que se enumeran a continuación que esta experimentando actualmente. En su caso, dar una información adicional sobre la condición)

Patient Name/Nombre del Paciente _____ **DOB/Fecha de Nacimiento** _____

Date/Fecha: _____ **Athena #:** _____ (for staff only/para personal de la oficina)

<p><u>Constitutional</u> <u>Constitucional (en relación a todo su cuerpo)</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or : <input type="checkbox"/> fever <input type="checkbox"/> night sweats <input type="checkbox"/> significant weight gain <input type="checkbox"/> significant weight loss <input type="checkbox"/> exercise intolerant <input type="checkbox"/> fatigue <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> sudores de noche <input type="checkbox"/> ganancia de peso significativa <input type="checkbox"/> perdida de peso significativo <input type="checkbox"/> tolerancia al ejercicio <input type="checkbox"/> fatiga Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><u>Eyes/Ojos</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or : <input type="checkbox"/> dry eyes <input type="checkbox"/> eye irritation <input type="checkbox"/> vision changes <input type="checkbox"/> needs glasses/contacts <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> ojo seco <input type="checkbox"/> irritación de ojo <input type="checkbox"/> cambio de visión <input type="checkbox"/> necesita lentes/contactos para los ojos Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><u>Ears/Oídos</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> difficulty hearing <input type="checkbox"/> ear pain <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> dificultad para oír <input type="checkbox"/> dolor de oído Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><u>Nose/Nariz</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> frequent nosebleeds <input type="checkbox"/> nose/sinus problems <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> sangrando de nariz con frecuencia <input type="checkbox"/> problemas de nariz/sinusitis Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><u>Mouth/Throat</u> <u>Boca/Garganta</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> sore throat <input type="checkbox"/> bleeding gums <input type="checkbox"/> snoring <input type="checkbox"/> dry mouth <input type="checkbox"/> mouth ulcers <input type="checkbox"/> oral abnormalities <input type="checkbox"/> teeth problems <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> dolor de garganta <input type="checkbox"/> sangrado de la encías <input type="checkbox"/> ronquidos <input type="checkbox"/> boca seca <input type="checkbox"/> úlceras de la boca <input type="checkbox"/> anomalías orales <input type="checkbox"/> problemas de dientes Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><u>Cardiovascular</u> <u>Cardiovascular</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> chest pain <input type="checkbox"/> chest pain on exertion <input type="checkbox"/> shortness of breath when walking <input type="checkbox"/> shortness of breath when lying down <input type="checkbox"/> palpitations <input type="checkbox"/> heart murmur <input type="checkbox"/> lightheadedness <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> dolor de pecho <input type="checkbox"/> dolor del pecho con esfuerzo excesivo <input type="checkbox"/> dificultad para respirar al caminar <input type="checkbox"/> dificultad para respirar al estar acostado <input type="checkbox"/> palpitaciones <input type="checkbox"/> soplo cardíaco <input type="checkbox"/> mareo Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><u>Respiratory</u> <u>Respiratorio</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> cough <input type="checkbox"/> wheezing <input type="checkbox"/> shortness of breath <input type="checkbox"/> coughing up blood <input type="checkbox"/> sleep disturbances (sleep apnea) <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> respiración sibilante <input type="checkbox"/> falta de aire <input type="checkbox"/> tos con sangre <input type="checkbox"/> suspensión temporal de la respiración al dormir Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><u>Gastrointestinal</u> <u>Gastrointestinal</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> abdominal pain <input type="checkbox"/> vomiting <input type="checkbox"/> abnormal appetite <input type="checkbox"/> diarrhea <input type="checkbox"/> vomiting blood <input type="checkbox"/> black or tarry stools <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> dolor abdominal <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> apetito anormal <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> vómitos de sangre <input type="checkbox"/> heces negras o alquitranadas Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><u>Genitourinary</u> <u>Genitourinario</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> loss of urinary control <input type="checkbox"/> difficulty urinating <input type="checkbox"/> increased frequency of urination <input type="checkbox"/> blood in urine <input type="checkbox"/> change in urinary output <input type="checkbox"/> incomplete emptying of bladder <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> pérdida de la control de la vejiga <input type="checkbox"/> dificultad a orinar <input type="checkbox"/> aumento de la frecuencia a orinar <input type="checkbox"/> sangre in la orina <input type="checkbox"/> cambio de la producción de orina <input type="checkbox"/> vaciamiento incompleto de la vejiga Additional Notes/Notas adicionales:</p>
<p><u>Musculoskeletal</u> <u>Músculoesquelético</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> muscle aches <input type="checkbox"/> muscle weakness <input type="checkbox"/> arthralgias/joint pain <input type="checkbox"/> back pain <input type="checkbox"/> swelling in the extremities <input type="checkbox"/> needs wheelchair <input type="checkbox"/> needs walker <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> dolores musculares <input type="checkbox"/> debilidad muscular <input type="checkbox"/> dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> dolor de espalda <input type="checkbox"/> hinchazón en las extremidades <input type="checkbox"/> necesita silla de ruedas <input type="checkbox"/> necesita andador Additional Notes/Notas adicionales:</p>

Patient Name/Nombre del Paciente: _____

Review of Systems – continued

Revisión del Sistema – continuado

<p>Neurologic Neurológico</p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> loss of consciousness <input type="checkbox"/> weakness <input type="checkbox"/> numbness <input type="checkbox"/> seizures <input type="checkbox"/> dizziness <input type="checkbox"/> frequent/severe headaches <input type="checkbox"/> migraines <input type="checkbox"/> restless legs <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> pérdida de la conciencia <input type="checkbox"/> debilidad <input type="checkbox"/> entumecimiento <input type="checkbox"/> convulsiones <input type="checkbox"/> mareo <input type="checkbox"/> frecuente/intenso dolor de cabeza <input type="checkbox"/> migrañas <input type="checkbox"/> piernas inquietas Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p>Hematologic/Lymphatic Hematológica/Linfático</p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> swollen glands <input type="checkbox"/> bruising <input type="checkbox"/> excessive bleeding <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> inflamación de los ganglios <input type="checkbox"/> moretones <input type="checkbox"/> sangrado excesivo Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p>Allergic/Immunologic Alérgico/Inmunológica</p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> runny nose <input type="checkbox"/> sinus pressure <input type="checkbox"/> itching <input type="checkbox"/> hives <input type="checkbox"/> frequent sneezing <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> nariz que moquea <input type="checkbox"/> presión de los senos <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> urticaria <input type="checkbox"/> estornudos frecuentes Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p>Endocrine Endocrino</p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> increased thirst <input type="checkbox"/> hair loss <input type="checkbox"/> increased hair growth <input type="checkbox"/> cold intolerance <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> aumento de la sed <input type="checkbox"/> pérdida de cabello <input type="checkbox"/> aumento del crecimiento del pelo <input type="checkbox"/> intolerancia al frío Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p>Lung Symptoms Síntomas Pulmonares</p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> cough <input type="checkbox"/> shortness of breath <input type="checkbox"/> bronchitis <input type="checkbox"/> enlarged lymph nodes <input type="checkbox"/> chronic pulmonary heart disease <input type="checkbox"/> atherosclerosis of aorta <input type="checkbox"/> purulent chronic bronchitis <input type="checkbox"/> chronic airway obstruction <input type="checkbox"/> hemoptysis (coughing up blood) <input type="checkbox"/> other chest pain <input type="checkbox"/> tachypnea (rapid breathing) <input type="checkbox"/> swelling mass/lump-chest <input type="checkbox"/> abnormal chest sounds <input type="checkbox"/> abnormal electrocardiogram (EKG). <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> falta de aire <input type="checkbox"/> bronquitis <input type="checkbox"/> agrandamiento de los ganglios linfáticos <input type="checkbox"/> enfermedad pulmonar crónica del corazón <input type="checkbox"/> aterosclerosis de la aorta <input type="checkbox"/> bronquitis crónico purulenta <input type="checkbox"/> obstrucción de las vías respiratoria crónica <input type="checkbox"/> la hemapotsis (tos con sangre) <input type="checkbox"/> otros dolores en el pecho <input type="checkbox"/> la taquipnea (respiración rápida) <input type="checkbox"/> hinchazón masa/bulto – pecho <input type="checkbox"/> sonidos anormales en el pecho <input type="checkbox"/> electrocardiograma anormal (EKG)</p>