

### Revisión por sistemas

<input type="checkbox"/> Aumento/Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sudor nocturno	<input type="checkbox"/> Fiebre
<input type="checkbox"/> Visión doble	<input type="checkbox"/> Puntos ciegos	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos
<input type="checkbox"/> Vértigo/Mareos	<input type="checkbox"/> Falta de aliento: <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> En reposo <input type="checkbox"/> Con la actividad	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Incontinencia (pérdida del control de las evacuaciones intestinales) <input type="checkbox"/> Incontinencia (pérdida del control de la orina) <input type="checkbox"/> Problemas sexuales
<input type="checkbox"/> Úlceras por presión en la cama	<input type="checkbox"/> Sarpullido	<input type="checkbox"/> Fácil formación de moretones
<input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor/frío	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Caídas	<input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Problemas cognitivos <input type="checkbox"/> Espasmos musculares	<input type="checkbox"/> Falta de concentración <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar <input type="checkbox"/> Problemas de la conducta
<input type="checkbox"/> Estrés en la vida personal	<input type="checkbox"/> ¿Es posible que esté embarazada?	
<input type="checkbox"/> Describa en detalle las casillas marcadas arriba:		