Encuesta Inicial de Síntomas

Fecha:	Nombre del/de la paciente:	Profesional:

INSTRUCCIONES: Califique cada síntoma según su experiencia **DURANTE EL ÚLTIMO MES.** Usando la ESCALA DE PUNTOS DE SÍNTOMAS que aparece abajo, ESCRIBA la puntuación correspondiente a la izquierda de CADA síntoma de la lista. Escriba el "Total General" en la parte superior. Anote también el número de días de trabajo que perdió en el último mes debido a enfermedad.

ESCALA DE PUNTOS DE SÍNTOMAS

SI nunca ha padecido el síntoma, o casi nunca, déjelo en blanco.

1 = **OCASIONALMENTE** (menos de 2 veces por semana) y el síntoma fue **LEVE**
2 = **FRECUENTEMENTE** (2 o más veces por semana) y el síntoma fue **LEVE**
3 = **OCASIONALMENTE** (menos de 2 veces por semana) y el síntoma fue **SEVERO**
4 = **FRECUENTEMENTE** (2 o más veces por semana) y el síntoma fue **SEVERO**

Total General: **N.º de días de trabajo perdidos**

GENERAL (CONSTITUCIONAL)		**NARIZ/SENOS NASALES**		**MUSCULOESQUELÉTICO**	
	Fatiga (decaimiento, cansancio)		Goteo posnasal		Dolor en las articulaciones
	Hiperactividad (energía nerviosa)		Dolor de senos nasales		Rigidez en las articulaciones
	Inquietud (no puede relajarse/estar quieto/a)		Secreción nasal		Dolores musculares
	Somnolencia durante el día		Congestión nasal		Rigidez muscular
	Insomnio por la noche		Estornudos		Tics (faciales o de otro tipo)
	Malestar general (sentirse mal)		TOTAL (0-20)		Espasmos musculares
	Convulsiones	**BOCA/GARGANTA**			Calambres musculares
	TOTAL (0-28)		Dolor de garganta		TOTAL (0-28)
EMOCIONAL/MENTAL			Garganta inflamada	**CARDIOVASCULAR**	
	Depresión		Hinchazón/ardor de labios/lengua		Latidos irregulares
	Ansiedad (miedos, inquietud)		Arcadas/carraspeo		Presión arterial alta
	Cambios de humor (cambios rápidos)		Aftas (llagas en la boca)		TOTAL (0-8)
	Irritabilidad		Dificultad para tragar	**DIGESTIVO**	
	Olvidos		TOTAL (0-24)		Acidez/reflujo
	Falta de concentración/Mente nublada	**PULMONES**			Dolor/retortijones de estómago
	Bajo deseo sexual		Sibilancias (silbido al respirar)		Dolor/retortijones intestinales
	TOTAL (0-28)		Congestión en el pecho		Estreñimiento
CABEZA/OÍDOS			Tos seca		Diarrea
	Dolor de cabeza (no migraña)		Tos con flema		Sensación de hinchazón
	Migraña		Falta de aire		Gases (de cualquier tipo)
	Dolor de oído		TOTAL (0-20)		Náuseas
	Infección de oído	**OJOS**			Vómitos
	Zumbido en los oídos		Ojos rojos o hinchados		Evacuación dolorosa
	Picazón en los oídos		Ojos llorosos		TOTAL (0-40)
	Secreción de los oídos		Picazón en los ojos	**CONTROL DE PESO**	
	Sensibilidad al sonido		Ojeras o bolsas		Peso actual:
	TOTAL (0-32)		Sensibilidad a la luz		Peso fluctuante
PIEL			Aura		Antojos de comida
	Imperfecciones, acné		TOTAL (0-24)		Retención de líquidos
	Sarpullido o urticaria	**GENITOURINARIO**			Atracones de comida o bebida
	Eccema o psoriasis		Aumento de la frecuencia urinaria		Purgas (de cualquier método)
	Mejillas sonrojadas		Dolor al orinar		TOTAL (0-20)
	Enrojecimiento súbito (rubor)		Dolor de vejiga	**ANOTE OTROS SÍNTOMAS:**	
	Picazón en la piel		Enuresis (orinarse en la cama)		
	TOTAL (0-24)		TOTAL (0-16)		