

Musculoesqueletal	<input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Hinchazon de articulaciones
Piel	<input type="checkbox"/> seguedad <input type="checkbox"/> Lesion sospechosa	<input type="checkbox"/> Picazon	<input type="checkbox"/> Erupcion
Neurologico	<input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Debilidad	<input type="checkbox"/> Temblores
Psiquiatrico	<input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Perdida de la memoria
Endocrino	<input type="checkbox"/> Intolerancia al frio <input type="checkbox"/> Cambio de peso	<input type="checkbox"/> Intolerancia al calor	<input type="checkbox"/> Aumento de sed
Hematologico y linfatico	<input type="checkbox"/> Hemnatomas anormales	<input type="checkbox"/> Sangrad facil	<input type="checkbox"/> Ganglios Linfaticos engrandados
Alergico y inmunologica	<input type="checkbox"/> Fiebre de heno	<input type="checkbox"/> Picazon	<input type="checkbox"/> Exposicion al VIH

CERTIFICACION

La informacion anterior es correcta segun mi conocimiento.

X		
	Paciente/Tutor Legal/Persona Autorizada (La firma)	Fecha de la firma