



En Española Enfermedad De Lyme *

Principal Enfermera Fecha/Hora/Lugar de Evaluación

____ / ____ / ____

ENFERMEDAD DE LYME EVALUACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: Cuenta #: _____

INDICIOS/SINTOMAS/COMPLICACIONES *Marque las pertinentes

PIEL: ___ Picadura de garrapata (dónde) ___ Lugar de la erupcion y tamaño
 ___ Enrojecimiento (¿Dónde?) ___ Sarpullido ___ Glándulas hinchadas
 ___ Pérdida de cabello ___ Sudores ___ Escalofrios ___ Fiebre

BUCAL: ___ Dolor de dientes ___ Dolor en la garganta/boca ___ Pérdida de paladar
 ___ Dificultad al tragar

SENTIDOS: ___ Movimiento espasmódico de los párpados
 ___ Movimiento Espasmódico de la cara ___ Cambio en la vista ___ Disminuida
 ___ Doble ___ Borrosa ___ Dolor/presión en los ojos ___ Ráfagas de luz ___ Imágenes flotantes
 ___ Susceptibilidad a la luz ___ Sombras periféricas ___ Problemas con la vista en la noche ___ Pérdida de audicion D/I ___ Aumento de susceptibilidad ___ Dolor de Oido ___ Zumbidos/sonidos en los oidos

** La enfermera tiene que documentar todos los problemas identificados.*

PULMONAR: ___ Dificultad al respirar ___ Tos ___ Mareos ___ Inflamación periferica

GASTROINTESTINAL: ___ Anorexia ___ Dificultad al comer ___ Nausea ___ Vomito ___ Diarrea
 ___ Estreñimiento ___ Gastritis ___ Calambres/Dolores abdominales

URINARIO/GENITAL REPRODUCTOR: ___ Problema con control urinario ___ Frecuencia
 ___ Urgencia ___ Cistitis ___ Dolor en la pelvis ___ Dolor en los Testiculos ___ Irregularidad Menstrual
 ___ Perdida del libido (Instinto Sexual)

MUSCULOS/ESQUELETO: D = dolor I = inflamacion T = tiesura
 ___ Coyunturas ___ TMJ ___ Nuca ___ Crujidos ___ Hombros ___ Codos ___ Muñecas ___ Dedos
 ___ Espalda Superior ___ Inferior ___ Caderas ___ Rodillas ___ Tobillos ___ Pies ___ Talón
 ___ Mialgia/Dolor Muscular (cuál) ___ Músculos ___ Calambres ___ Espasmos ___ Debilidad

NEUROLOGICO: ___ Fatiga ___ Insomnio ___ Dolor de cabeza ___ Dolor de 1a cara ___ Paralisis facial
 ___ Sensación de apretamiento ___ Hormigueo ___ Entumecimiento ___ Paresthesias/Sensaciones Anormales
 ___ Carpal Tunnel Syndrome (Relativo a la Muneca) ___ Escritura (Cambios) ___ Convulsiones

PSICOLOGICO/SOCIAL: ___ Cambio de personalidad ___ Cambios de humor ___ Irritabilidad
 ___ Depresión ___ Confusión ___ Desorientación ___ Dificultad al pensar ___ Falta de concentración
 ___ Dificultad al leer ___ Problemas recordando lo que acaba de pasar ___ Dificultades al hablar
 ___ Reacciones abnormal al alcohol

OBSERVACIONES: (Explique con Detalles.) (No modifique este documento.)

FIRMA: _____

