

Please check the appropriate boxes indicating the symptoms you are CURRENTLY experiencing.

Constitutional	<input type="checkbox"/>	Fatigada/Cansancio	<input type="checkbox"/>	Temperatura/Fiebre	<input type="checkbox"/>	Estremecimiento/Escalofrios
	<input type="checkbox"/>	Malestar	<input type="checkbox"/>	Dolor del Cuerpo	<input type="checkbox"/>	Sudores
	<input type="checkbox"/>	Perdida de Peso	<input type="checkbox"/>	Aumento del Peso	<input type="checkbox"/>	Perdida de Apetito
Ojos	<input type="checkbox"/>	Larigimeo del Ojo	<input type="checkbox"/>	Molestia (Incomodidad) del Ojo	<input type="checkbox"/>	Dolor del Ojo
	<input type="checkbox"/>	Vision Doble	<input type="checkbox"/>	Vision Debilitado/Desmejorada	<input type="checkbox"/>	Vision Borrosa/Empanada
	<input type="checkbox"/>	Disminucion en Area de Vision	<input type="checkbox"/>	Disminucion en Area de Vision	<input type="checkbox"/>	Debilidad de Parpado
	<input type="checkbox"/>	Lesion del Parpado	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Cabeza/ Ojos/ Nariz/ Cuello	<input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/>	Vertigo/Marcado/Aturdido	<input type="checkbox"/>	Mareos
	<input type="checkbox"/>	Reciente Herida/Lesion en la Cabeza	<input type="checkbox"/>	Dolor de Sinusitis	<input type="checkbox"/>	Congestion Nasal
	<input type="checkbox"/>	Sangrar del Nariz	<input type="checkbox"/>	Descarga Nasal	<input type="checkbox"/>	Congestion de Sinusitis
	<input type="checkbox"/>	Sangramiento de la Encia	<input type="checkbox"/>	Problemas Dentales	<input type="checkbox"/>	Dentadura Postiza
	<input type="checkbox"/>	Torticulis en el Cuello	<input type="checkbox"/>	Dolor del Cuello	<input type="checkbox"/>	Sangramiento de la Encia
	<input type="checkbox"/>	Masa de Tiroides	<input type="checkbox"/>	Dolor de la Garganta	<input type="checkbox"/>	Malaliento
	<input type="checkbox"/>	Disminucion del Oido	<input type="checkbox"/>	Zumbido en el Oido	<input type="checkbox"/>	Descarga de la Oreja
	<input type="checkbox"/>	Afonico	<input type="checkbox"/>	Ulcera de la Boca	<input type="checkbox"/>	
Senos	<input type="checkbox"/>	Masa en el Seno	<input type="checkbox"/>	Senos Adoloridos	<input type="checkbox"/>	Inflamacion de los Senos
	<input type="checkbox"/>	Descarga del Pezon	<input type="checkbox"/>	Cambio Anormal del Tamano del Seno	<input type="checkbox"/>	
Corazon	<input type="checkbox"/>	Dolor del Pecho	<input type="checkbox"/>	Irregularidad del latido del Corazon	<input type="checkbox"/>	Ritmo Rapido del Corazon
	<input type="checkbox"/>	Soplo del Corazon	<input type="checkbox"/>	Perdida de la Consciencia	<input type="checkbox"/>	Dificultad al Respirar con esfuerzo
	<input type="checkbox"/>	Incomodidad al Respirar Mientras este Acostado	<input type="checkbox"/>	Inflamacion de Extremidades Inferiores	<input type="checkbox"/>	Piel Azul
	<input type="checkbox"/>	Venas Vericosas	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	Sensaciones Anormales Cuando Esta Parado
Pulmon	<input type="checkbox"/>	Respiraciones Cortas	<input type="checkbox"/>	Resollar	<input type="checkbox"/>	Toser
	<input type="checkbox"/>	Afonico	<input type="checkbox"/>	Produccion Anormal de Saliva	<input type="checkbox"/>	Saliva con Sangre
Abdominal	<input type="checkbox"/>	Nausea	<input type="checkbox"/>	Vomitos	<input type="checkbox"/>	Diarrea
	<input type="checkbox"/>	Estrenimiento	<input type="checkbox"/>	Estrenimiento Severo	<input type="checkbox"/>	Perdida de Anetito
	<input type="checkbox"/>	Dificultad Para Tragar	<input type="checkbox"/>	Acidez	<input type="checkbox"/>	Reflujo Acido
	<input type="checkbox"/>	Vomitir Sangre	<input type="checkbox"/>	Eructar Excesivamente	<input type="checkbox"/>	Dolor Abdominal
	<input type="checkbox"/>	Ictericia/Amarillenta	<input type="checkbox"/>	Sangre en el Excremento	<input type="checkbox"/>	XXX
	<input type="checkbox"/>	Excremento Negro	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	Excremento Grueso
	<input type="checkbox"/>	Excremento Estrecho	<input type="checkbox"/>	Imposibilidad de Orinar	<input type="checkbox"/>	Exceso de Gases
	<input type="checkbox"/>	Arcada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Orina/Genitalia	<input type="checkbox"/>	Urgencia de Orinar	<input type="checkbox"/>	Frecuencia de Orinar	<input type="checkbox"/>	Dolor al Orinar
	<input type="checkbox"/>	Orinar Excesivamente por la Noche	<input type="checkbox"/>	Sangre en la Orina	<input type="checkbox"/>	Orinar Ligeramente
	<input type="checkbox"/>	Cambio de Color de la Orina	<input type="checkbox"/>	Incontinencia	<input type="checkbox"/>	Retencion de Orina
	<input type="checkbox"/>	Perdida del Apetito de tener Relaciones Sexuales	<input type="checkbox"/>	Dolor al Tener Relaciones Sexuales	<input type="checkbox"/>	Llagas Genitales
	<input type="checkbox"/>	Menstruacion Irregular	<input type="checkbox"/>	Dolor Durante Menstruacion	<input type="checkbox"/>	Menstruacion Extendido
	<input type="checkbox"/>	Abnormal Sangramiento del Utero	<input type="checkbox"/>	Descarga Vaginal	<input type="checkbox"/>	Posible Embarazada
<input type="checkbox"/>	Anormal Ausencia de Menstruacion	<input type="checkbox"/>	Significado de PMS	<input type="checkbox"/>	Dificultad de Orinar	
Piel	<input type="checkbox"/>	Salpullido	<input type="checkbox"/>	Picar	<input type="checkbox"/>	Cambio de Pigmentacion
	<input type="checkbox"/>	Piel Seco	<input type="checkbox"/>	Cambio del Crecimiento del Pelo	<input type="checkbox"/>	Cambio de las Unas
	<input type="checkbox"/>	Lesiones Nuevas de la Piel	<input type="checkbox"/>	Cambios de Lunares Existente	<input type="checkbox"/>	Crecimiento del Pelo excesivo
	<input type="checkbox"/>	Acne	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Neurologico	<input type="checkbox"/>	Debilidad de los Musculos	<input type="checkbox"/>	Incoordinacion	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento
	<input type="checkbox"/>	Dificultad al Concentrar	<input type="checkbox"/>	Dificultades de Memoria	<input type="checkbox"/>	Dificultad al Hablar
	<input type="checkbox"/>	Ataques	<input type="checkbox"/>	Temblores	<input type="checkbox"/>	Perdida de Equilibrio
	<input type="checkbox"/>	Ronquidos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Orthopaedico	<input type="checkbox"/>	Dolores del articulacion	<input type="checkbox"/>	Hinchazon del articulacion	<input type="checkbox"/>	Dolores Musculares
	<input type="checkbox"/>	Limitaciones de Movimiento	<input type="checkbox"/>	Debilidad de los Musculos	<input type="checkbox"/>	Calambres Musculares
	<input type="checkbox"/>	Dolores de la Espalda	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Endocrine	<input type="checkbox"/>	Orinar Excesivamente	<input type="checkbox"/>	Tener Sed Excesivamente	<input type="checkbox"/>	Segregar Leche Excesivamente
	<input type="checkbox"/>	Perida de Pelo	<input type="checkbox"/>	Constipacion	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al Frio
	<input type="checkbox"/>	Intolerancia al Calor	<input type="checkbox"/>	Perdida del Apetito Sexual	<input type="checkbox"/>	Aumento del Apetito Sexual
	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	Aumento del Peso	<input type="checkbox"/>	Perdida del Peso
	<input type="checkbox"/>	Acne	<input type="checkbox"/>	Crecimiento del Pelo excesivo	<input type="checkbox"/>	
Psicologico	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Depresion	<input type="checkbox"/>	Alucinaciones
	<input type="checkbox"/>	Enganos	<input type="checkbox"/>	Sentimientos Confusos	<input type="checkbox"/>	Dificultades al Dormir
	<input type="checkbox"/>	Conductas Compulsivos	<input type="checkbox"/>	Conductas Impulsivos	<input type="checkbox"/>	Ideas Suicidas
	<input type="checkbox"/>	Ideas Homicidios	<input type="checkbox"/>	Choler Excesivo	<input type="checkbox"/>	
Heme-Lymph	<input type="checkbox"/>	Mareos	<input type="checkbox"/>	Sangrar Facilmente	<input type="checkbox"/>	Moretones
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Manchas Moradas en la Piel	<input type="checkbox"/>	
Allergia-Immunologia	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	Alergias de la Piel	<input type="checkbox"/>	Enferma Frecuente

Layman's Terms					
Constitutional					
Tired					
Fever					
Chills					
Body Aches					
Night Sweats					
Weight Loss					
Weight Gain					
Loss of Appetite					
Eyes					
Discharge from Eye					
Eye Pain					
Double Vision					
Blurred Vision					
Peripheral Vision Changes					
Changes in Vision					
HENT					
Headaches					
Dizziness					
Lightheadedness					
Recent Head Injury					
Sinus Pain					
Nasal Congestion					
Nose Bleeding					
Nasal Discharge					
Postnasal Drip					
Bleeding of Gums					
Neck Tenderness					
Sore Throat					
Breasts					
Lumps					
Tenderness					
Swelling					
Nipple Discharge					
Cardiovascular					
Chest Pain					
Irregular Heart Beats					
Rapid Heart Rate					
Loss of Consciousness					
Difficulty Breathing on Exertion					
Discomfort in Breathing while Lying Down					
Shortness of Breath at Night (laying down)					
Lower Extremity Swelling					
Bluish Color to Skin					
Varicose Veins					
Limp in Walk					
Abnormal Sensations while Standing					
Respiratory					
Shortness of Breath					
Wheezing					
Cough					
Hoarseness					
Abnormal Sputum Production					
Gastrointestinal					
Nausea					
Vomiting					
Diarrhea					
Constipation					
Difficulty Swallowing					
Heartburn					
Vomiting Blood					
Excessive Belching					
Abdominal pain					
Blood in Stools					
Black Tarry Stool					
Hemorrhoids					
Excessive Flatulence					
Genitourinary					
Urgency					
Frequency					
Painful or Difficult Urination					
Excessive Urination at Night					
Blood in Urine					
Change in Urine Color					
Difficulty Holding Urine					
Urinary Retention					
Decreased Libido					
Difficult or Painful Intercourse					
Genital Sores					
Irregular Menses					
Vaginal Discharge					
Possible Pregnancy					
Abnormal Absence of Menstruation					
Significant PMS					
Integument					
Rash					
Itching					
Pigmentation Changes					
Skin Dryness					
Hair Growth Change					
Nail Changes					
New Skin Lesions					
Changes to Existing Skin Lesions/ Moles					
Neurologic					
Muscular Weakness					
Incoordination					
Tingling or Numbness					
Difficulty Concentrating					
Memory Difficulties					
Speech Difficulties					
Seizures					
Tremors					
Loss of Balance					
Musculoskeletal					
Joint Pain					
Joint Swelling					
Muscle Pain					
Limitation of Motion					
Muscular Weakness					
Back Pain					
Endocrine					
Excessive Urination					
Excessive or Abnormal Thirst					
Excessive Flow of Milk from Breasts					
Loss of Hair					
Constipation					
Cold Intolerance					
Heat Intolerance					
Decreased Libido					
Central Obesity					
Weight Gain					
Weight Loss					
Acne					
Psychiatric					
Anxiety					
Depression					
Hallucinations					
Feeling Confused					
Difficulty Sleeping					
Compulsive Behaviors					
Suicidal Ideation					
Excessive Anger					
Heme-Lymph					
Lightheadedness					
Easy Bleeding					
Easy Bruising					
Purple Spots on Skin					
Lymph Node Enlargement or Tenderness					
Allergic-Immunologic					
Sinus Allergy Symptoms					
Allergic Skin Inflammation					
Frequent Illnesses					

Spanish Terms
Fatiga/Cansancio
Temperatura/Fiebre
Estremecimiento/Escalofrios
Dolor del Cuerpo
Sudor Nocturno/Sudar por la Noche
Perdida de Peso
Aumento de Peso
Perdida de Apetito
Descarga del Ojo
Dolor del Ojo
Vision Doble
Vision Borrosa/Empanada
Cambio de Vision Periferico
Cambio de Vision
Dolor de Cabeza
Vertigo/Marcado/Aturdido
Mareos
Reciente Herida/Lesion en la Cabeza
Dolor de Sinusitis
Congestion Nasal
Sangrar del Nariz
Descarga Nasal
Sangramiento de la Encia
Cuello Adolorido
Dolor de la Garganta
Masa en el Seno
Senos Adoloridos
Inflamacion de los Senos
Descarga del Pezon
Dolor del Pecho
Irregularidad del latido del Corazon
Ritmo Rapido del Corazon
Perdida de la Consciencia
Dificultad al Respirar con esfuerzo
Incomodidad al Respirar Mientras este Acostado
Inflamacion de Extremidades Inferiores
Piel Azul
Venas Vericosas
Cojear al Caminar
Sensaciones Anormales Cuando Esta Parado
Respiraciones Cortas
Resollar
Toser
Afonico
Produccion Anormal de Saliva
Nausea
Vomitos
Diarrea
Estrenimiento
Dificultad Para Tragar
Acidez
Vomitir Sangre
Eructar Excesivamente
Dolor Abdominal
Sangre en el Excremento
Sangre en el Vomito/Excremento Negro y ???
Hemorroides
Exceso de Gases
Urgencia de Orinar
Frecuencia de Orinar
Dolor al Orinar
Orinar Excesivamente por la Noche
Sangre en la Orina
Cambio de Color de la Orina
Incontinencia
Retencion de Orina
Perdida del Apetito de tener Relaciones Sexuales
Dolor al Tener Relaciones Sexuales
Llagas Genitales
Menstruacion Irregular
Descarga Vaginal
Posible Embarazada
Anormal Ausencia de Menstruacion
Significado de PMS
Salpullido
Picar
Cambio de Pigmentacion
Piel Seco
Cambio del Crecimiento del Pelo
Cambio de las Unas
Lesiones Nuevas de la Piel
Cambios de Lunares Existente
Debilidad de los Musculos
Incoordinacion
Entumecimiento
Dificultad al Concentrar
Dificultades de Memoria
Dificultad al Hablar
Ataques
Temblores
Perdida de Equilibrio
Dolores del articulacion
Hinchazon del articulacion
Dolores Musculares
Limitaciones de Movimiento
Debilidad de los Musculos
Dolores de la Espalda
Orinar Excesivamente
Tener Sed Excesivamente
Segregar Leche Excesivamente
Perida de Pelo
Constipacion
Intolerancia al Frio
Intolerancia al Calor
Perdida del Apetito de tener Relaciones Sexuales
Obesidad
Aumento del Peso
Perdida del Peso
Acne
Ansiedad
Depresion
Alucinaciones
Sentimientos Confusos
Dificultades al Dormir
Conductas Compulsivos
Ideas Suicidas
Choler Excessivo
Mareos
Sangrar Facilmente
Moretir Facilmente
Manchas Moradas en la Piel
Alergias
Alergias de la Piel
Infermedades Frecuentes