**Forma de Seguimiento**

Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres de doctores que ha visitado en el último año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razón(es) por la cual viene hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Favor de indicar en la lista, que síntomas ha tenido desde su última visita con el Doctor:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_Nausea  \_\_\_Vomito  \_\_\_Ardor en el pecho  \_\_\_Ácido o sabor amargo en la  garganta  \_\_\_Laringitis (perdida de la voz) | \_\_\_Gas en el abdomen  \_\_\_Dolor en el abdomen  \_\_\_Diarrea  \_\_\_Estreñimiento  \_\_\_Heces fecales delgadas  \_\_\_Sangrado rectal | \_\_\_Otro síntoma**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_Vacuna para el COVID-19  \_\_\_ Johnson & Johnson  \_\_\_ Moderna fecha de segunda dosis \_\_\_\_\_ |
| \_\_\_Despierta en la noche tosiendo y  corto de respiración  \_\_\_Sensación de que la comida se le  queda atascada en la garganta o  el pecho cuando traga  \_\_\_Dolor cuando traga  \_\_\_Pérdida de apetito | \_\_\_Dolor en el área rectal  \_\_\_Heces fecales negras  \_\_\_Pérdida de peso sin intención  \_\_\_Escalofríos y/o fiebre  \_\_\_ Incontinencia de heces; Es  decir pérdida de control de  las deposiciones | \_\_\_ Pfizer fecha de segunda dosis \_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_ Fecha de refuerzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_** No vacunado |
| \_\_\_Se siente lleno poco tiempo  después que empieza  a comer  \_\_\_Dolor en el pecho  \_\_\_Corto de respiración | \_\_\_Color amarillento en los ojos  o piel  \_\_\_Sangre en la orina  \_\_\_Dolor cuando orina  \_\_\_Erupción en la piel |  |

**Para pacientes FEMENINAS únicamente:**

Hay alguna correlación entre sus síntomas y su menstruación? □ Si □ No

Si índico que si, por favor esplique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo periodo menstrual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta usted, o podría estar embarazada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor indique cualquiera que le corresponda a usted:

□ Menstruacion irregular □ Sangrado vaginal entre periodos

□ Sangrado excesivo durante periodo □ Secreciones vaginales abnormales

**Para uso de oficina únicamente**

Weight: \_\_\_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_\_ BMI:\_\_\_\_\_\_\_ BP:\_\_\_\_\_\_\_ HR:\_\_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_

Medical clearance □ Yes □ No Diabetic □ Yes □ No Insulin Dependent □ Yes □ No

Por favor provea los nombres y dosis de los medicamentos que toma actualmente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medicamento | Dosis | Frequencia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Por favor provea una lista de cualquier desorden medico, visitas a la sala de emergencia, hospitalizaciones, y/o cirugías que ha tenido desde su última visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido un ataque al corazón, derrame cerebral o algún evento cardiovascular similar desde su última visita? □ Si □ No Si indico que si, por favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido una infección con Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARMA) o una infección con otro organismo resistente a antibióticos? Si índico que si, por favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Historial Dietético:

Por favor describa las comidas que usted típicamente come:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Comida | Bebidas |
| Desayuno |  |  |
| Almuerzo |  |  |
| Cena |  |  |
| Merienda |  |  |

Tiene intolerancia a la leche u otra comida? □ Si □ No Si indico que si, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sus síntomas ocurren durante o poco después de comer? □ Si □ No Si indico que si, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mastica chicle o consume otros productos que contienen azúcar regularmente? □ Si □ No Si indico que si, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_