**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_