

DATE: _____

RM#: _____

AGE: _____

___ Pt. Speaks SP

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 | ☐ Gas en el abdomen | ☐ Otro síntoma: _____ |
| ☐ Vomito | ☐ Dolor en el abdomen | |
| ☐ Ardor en el pecho | ☐ Diarrea | |
| ☐ Ácido o sabor amargo en la garganta | ☐ Estreñimiento | ☐ Contagio de COVID-19 _____ |
| ☐ Laringitis (perdida de la voz) | ☐ Heces fecales delgadas | _____ |
| | ☐ Sangrado rectal | |
| ☐ Despierta en la noche tosiendo y corto de respiración | ☐ Dolor en el área rectal | |
| ☐ Sensación de que la comida se le queda atascada en la garganta o el pecho cuando traga | ☐ Heces fecales negras | |
| ☐ Dolor cuando traga | ☐ Pérdida de peso sin intención | |
| ☐ Pérdida de apetito | ☐ Escalofríos y/o fiebre | |
| ☐ Se siente lleno poco tiempo después que empieza a comer | ☐ Incontinencia de heces; Es decir pérdida de control de las deposiciones | |
| ☐ Dolor en el pecho | ☐ Color amarillento en los ojos o piel | |
| ☐ Corto de respiración | ☐ 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 indicó que si, por favor explique: _____

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 anormales |

Para uso de oficina únicamente

☐ Risk Reduction ☐ Diverticulosis/Diverticulitis ☐ High Fiber Diet

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	Frecuencia

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 metilina (SARMA) o una infección con otro organismo resistente a antibióticos? Si indico 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: _____