

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:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Gas en el abdomen | <input type="checkbox"/> Otro síntoma: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vomito | <input type="checkbox"/> Dolor en el abdomen | |
| <input type="checkbox"/> Ardor en el pecho | <input type="checkbox"/> Diarrea | |
| <input type="checkbox"/> Ácido o sabor amargo en la garganta | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Vacuna para el COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> Laringitis (perdida de la voz) | <input type="checkbox"/> Heces fecales delgadas | <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson |
| <input type="checkbox"/> Despierta en la noche tosiendo y corto de respiración | <input type="checkbox"/> Sangrado rectal | <input type="checkbox"/> Moderna fecha de segunda dosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Sensación de que la comida se le queda atascada en la garganta o el pecho cuando traga | <input type="checkbox"/> Dolor en el área rectal | <input type="checkbox"/> Pfizer fecha de segunda dosis _____ |
| <input type="checkbox"/> Dolor cuando traga | <input type="checkbox"/> Heces fecales negras | <input type="checkbox"/> Fecha de refuerzo _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso sin intención | <input type="checkbox"/> No vacunado |
| <input type="checkbox"/> Se siente lleno poco tiempo después que empieza a comer | <input type="checkbox"/> Escalofríos y/o fiebre | |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Incontinencia de heces; Es decir pérdida de control de las deposiciones | |
| <input type="checkbox"/> Corto de respiración | <input type="checkbox"/> Color amarillento en los ojos o piel | |
| | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina | |
| | <input type="checkbox"/> Dolor cuando orina | |
| | <input type="checkbox"/> 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 explique: _____

Fecha de su ultimo periodo menstrual: _____

Esta usted, o podría estar embarazada? _____

Por favor indique cualquiera que le corresponda a usted:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menstruacion irregular | <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal entre periodos |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo durante periodo | <input type="checkbox"/> Secreciones vaginales anormales |

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	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: _____