

Resumen de la visita



**Tome a la visita de hoy.
Para ser completado por el Médico.**

Fecha _____

Lista de de artículos para llevar contigo hoy:

- Esta forma completada
- Las formas Residenciales completadas (pueden ser solicitados para casa de familia adulta, vida asistida, etc.)
- Resumen de la visita de la clínica



Nombre del Médico _____

Local _____

Telefono _____

Próxima cita: _____

Programa por lo menos 30 minutos y la mejor hora del día para el individuo

Objetivo de siguiente cita: _____

¿qué encontró durante la visita de hoy??

Plan de tratamiento/recomendaciones (incluyendo cualquier referencia necesaria) _____

¿Quién más puede estar involucrado (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, etc.)?

Sugerencias para mi buena salud general: _____

Medication:

Cualquier cambio en la medicación? Si No

Nuevo medicamento	Dosis	Propósito	Instrucciones especiales

Firma del proveedor de cuidado: _____ Fecha _____

Copy this on Light Blue paper