



VISITA DE HOY

Complete esta forma y llevarlo al médico

Localización de la visita de hoy _____ Nombre del médico _____
dirección _____ teléfono# _____
Propósito de la visita _____

Lista de artículos para llevar con usted en la cita:

- Esta forma completo
- Lista de la medicación
- monitoreo de formularios/gráficos (es decir, el sueño, el comportamiento, NTG-EDSD herramienta/pantalla, etc)
- Resumen de su historial médico y expedientes médicos (para citas por primera vez y/o si es necesario)
- Tarjeta de seguro de salud (si es necesario)
- Residencial formas (CBRF, AFH, etc.).
- Algo divertido que hacer
- (Si tienes que esperar, libro, rompecabezas, juegos, etc.).
- Otros artículos solicitados por el médico

Hola, mi nombre es _____ me gusta que me llamen _____
tengo una cita con _____ hoy.

soy un nuevo paciente: Si No Telefono _____ Dirección _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Género: Varón Mujer

la persona que está conmigo es: _____ y es mi _____ (cuidador, familiar, etc.)

Su contacto _____ Mi farmacia es: _____ Tengo estas alergias: _____

Estoy aquí porque esta es una cita de seguimiento

Me trató para _____

Lo tome No lo tome la medicina

Yo no lo tome porque _____

Lo hice No hicet lo que me dijiste

no lo hice porque _____

Estoy aquí porque estoy teniendo problemas

Estoy teniendo problemas con _____

Tengo un dolor _____ me siento enfero (ver dorso de la forma)

Comenzó y/o lo noté _____

Ocurre (con qué frecuencia) _____

Me he tratado en casa con _____

Posibles causas/factores contribuyentes podrían ser: _____

tuve cambios en mi entorno de vida o social: Si No (enfermedad familiar/pérdida, mudanza, etc.)

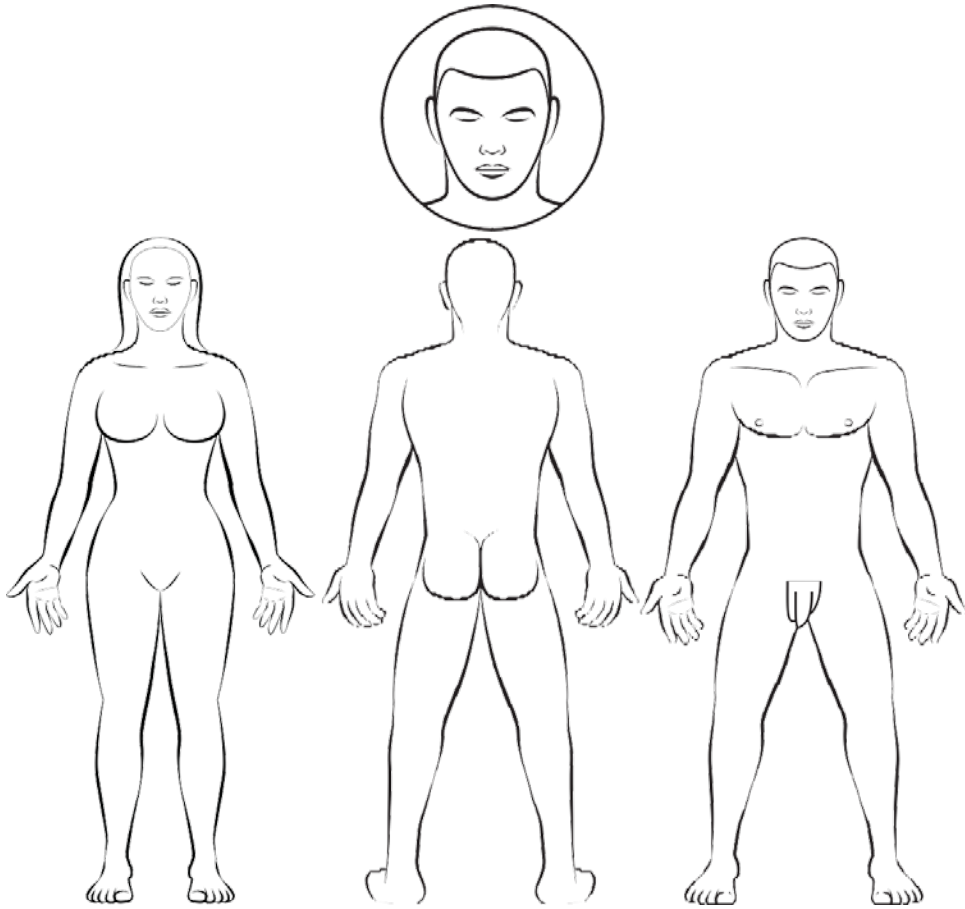
He tenido algunos cambios recientes en la medicación: Si No

He tenido algunos cambios físicos recientes (también pueden referirse a la forma NTG-EDSD): Si No

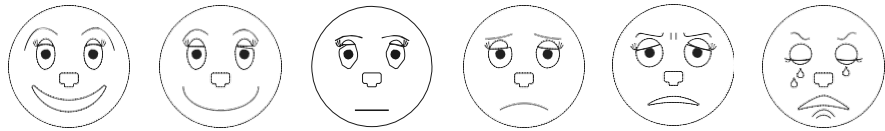
Nivel de actividad Movilidad Vejiga Intestinal Peso Ingestión patrones alimenticios Durmiendo

Otro _____

**Localización de los síntomas:
USE LOS CUADROS SIGUIENTES DEL CUERPO PARA
AYUDARLE A DECIR DONDE DUELE O SE SIENTE ENFERMO.**



**Severidad
de los
síntoma
(rodee el que)**



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
NO DUELE DUELE UN POCO DUELE A POCO MAS DUELE AUN MAS DUELE MUCHO DUELE PEOR

Es peor cuando: _____ es mejor cuando: _____

Condiciones estoy siendo tratado por el momento: _____

Enfermedades graves que he tenido en el pasado: _____

Mis sensibilidades/desencadenantes: _____

Los profesionales de la salud que he visto desde mi última visita (médico, dentista, los proveedores de atención sanitaria, etc.):

Nombre _____ Ubicación _____

Nombre _____ Ubicación _____

Nombre _____ Ubicación _____