



# 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:

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

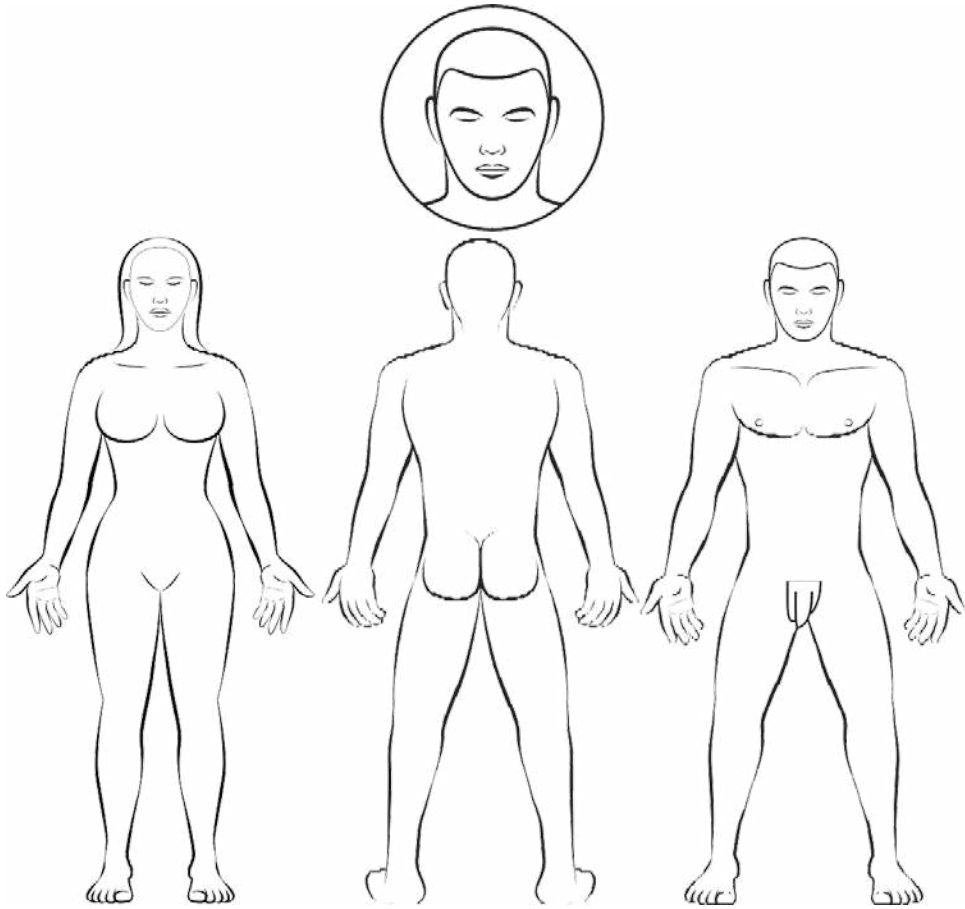
He tenido algunos cambios recientes en la medicación: Si  No

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

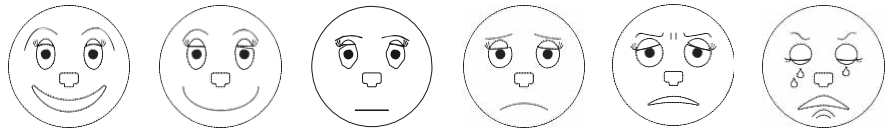
Nivel de actividad  Movilidad  Vejiga  Intestinal  Peso  Ingestión  patrones alimenticios  Durmiendo

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 \_\_\_\_\_