Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_ Rm#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Age:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_Dolor cuando orina

\_\_\_Vomito \_\_\_Dolor en el abdomen \_\_\_Sangre en la orina

\_\_\_Ardor en el pecho \_\_\_Estreñimiento \_\_\_Diarrea

\_\_\_Perdida de peso sin intención \_\_\_Heces fecales delgadas \_\_\_Escalofríos y/o fiebre

\_\_\_Dolor cuando traga \_\_\_Perdida de apetito \_\_\_Tos

\_\_\_Sangrado rectal \_\_\_Heces fecales negras \_\_\_Laringitis (perdida de la voz)

\_\_\_Dolor en el pecho \_\_\_Corto de respiración \_\_\_Erupción en la piel

\_\_\_Se siente lleno poco tiempo después que empieza a comer

\_\_\_Color amarillento en los ojos o piel

\_\_\_Sensación de que la comida se le queda atascada en la garganta o el pecho cuando traga

\_\_\_Ácido o sabor amargo en la garganta

\_\_\_Despierta en la noche tosiendo y corto de respiración

**Para pacientes FEMENINAS únicamente:**

Hay alguna correlación entre sus síntomas y su menstruación? □ Si □ No

Si índico que si, por favor esplique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 abnormales

**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 | Frequencia |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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 meticilina (SARMA) o una infección con otro organismo resistente a antibióticos? Si índico 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_