

VISITA DE HOY

Bienvenido a nuestra oficina. ¡Gracias por confiarnos su cuidado de salud!

Complete este formulario para que su cita sea lo más útil posible. En el reverso de este formulario hay espacio para escribir su lista de medicamentos si no la trajo con usted.

¿Cuáles son las principales preocupaciones sobre las que le gustaría hablar con su médico hoy?

1. _____
2. _____
3. _____

Recientemente:

Por favor indique dónde y en qué fecha ocurrieron estos servicios:

- ¿Ha tenido laboratorios o pruebas realizadas en el consultorio de otro médico?
- ¿Se realizó una radiografía, tomografía computarizada, resonancia magnética u otro estudio de imagen?
- ¿Ha visto a un especialista?
- ¿Estuvo en atención urgente o en la sala de emergencias?
- ¿Ha sido ingresado en el hospital?

¿Tiene usted alguno de los siguientes síntomas (nuevo o que haya empeorado)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Heces densas/ennegrecidas | <input type="checkbox"/> Preocupaciones sexuales |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Cambios en la piel (recientes) |
| <input type="checkbox"/> Sangre en las heces | <input type="checkbox"/> Dolor de estómago |
| <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Contusión (moretón inusual) | <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados |
| <input type="checkbox"/> Dolor o presión en el pecho | <input type="checkbox"/> Cambios en la orina |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Cambios en la visión (reciente) |
| <input type="checkbox"/> Sangre en la tos | <input type="checkbox"/> Heces acuosas |
| <input type="checkbox"/> Pensamiento desorganizado | <input type="checkbox"/> Debilidad |
| <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Cambio de peso (no intencional) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de ojo | <input type="checkbox"/> Sibilancia (pito en el pecho) al respirar |
| <input type="checkbox"/> Caída | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fatiga (nueva o empeorada) | <input type="checkbox"/> Dolor (nuevo o empeorado) |
| <input type="checkbox"/> Se siente ansioso | Ubicación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Se siente deprimido | Severidad del 0-10: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiebre | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza (nuevo o empeorado) | Solo pacientes femeninos: |
| <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva (nueva o empeorada) | <input type="checkbox"/> Cambios en los senos |
| <input type="checkbox"/> Preocupación sobre los latidos del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado menstrual o vaginal |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la memoria | El último período menstrual _____ |
| <input type="checkbox"/> Entumecimiento | |

Plan de seguimiento (Su equipo de atención para la salud agregará los elementos de seguimiento al final de la visita.)

VISITA DE HOY

Gracias por completar este formulario. Su equipo de atención para la salud revisará la información que proporcionó y hablará con usted sobre los temas más importantes que debe cubrir en la visita de hoy.

Si no trajo una lista de medicamentos hoy, escriba a continuación todos los medicamentos que está tomando actualmente. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre (OTC: over the counter), vitaminas y suplementos.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

Adapted with permission from Virginia Mason Medical Center (Michael Soung, MD, FACP) -- Agenda Setting Tips and Skills Practice. Credit to Pacific Northwest - Consortium On Resident Education (PNW-CORE) – Today’s Visit Form. https://virginiamason.cloud-cme.com/assets/virginiamason/Presentations/48/7D_SOUNG%20Agenda%20setting%20-%202015%20VM%20CME%20-%20combo.pdf. Accessed 3/20/19.