

## Formulario de visita del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Sólo estoy aquí por el seguimiento de los problemas existentes que se encuentran abajo (Complete abajo y pase a la pregunta # 8)**

- Diabetes  Hipertensión  Colesterol alto  Asma  Eczema  hipotiroideos  hipertiroidismo  Depresión  
 Ansiedad  Dolores de cabeza/migrañas  Fibrilación  Insuficiencia Cardíaca  bronquitis  Alergias  Acné  
 Estreñimiento  Diverticulitis  Psoriasis  Dolor de espalda crónico  Artritis reumatoide  Osteoartritis

Otros: \_\_\_\_\_

### Problema Nueva # 1

1. En pocas palabras por favor, indicar el motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

2. ¿Cuándo empezó el problema por primera vez: (llenar en blanco) \_\_ día (s) \_\_ semana (s) \_\_ mes (s) \_\_ año (s)

3. ¿Con qué frecuencia usted tiene este problema: \_ constantemente \_ díaro \_ cada semana \_ mensual \_ cada año

4. Lo que hace mejor el problema: \_\_\_\_\_

5. Lo que hace el problema peor: \_\_\_\_\_

6. Desde que empezó el problema, diría que el problema está: (marque uno) \_ mejor \_ peor \_ sigue igual

7. ¿Tiene alguna idea de lo que puede ser la causa de este problema que sería útil para el proveedor:

8. Por favor lista las síntomas adicionales que se refieren a la razón de la visita de hoy:

- Constitucional:**  Fiebre  Escalofríos  Fatiga  Sudores nocturnos  Pérdida de peso  Disminución del apetito  
**Ojos:**  Rojo  Inchado  Aguada  Desecho  Dolor  Pestañas pegadas  Ojos amarillos  Visión borrosa  
**Orejas:**  Pérdida de oír  Dolor  Desecho  Sensacion del cuarto spinning  
**Nariz:**  Secreción clara  Desecho grueso  Congestionadas  Sangre  Disminución del olor  Presión de los sinuses  
**Garganta:**  Dolor de garganta  Le pica la garganta  Le duele tragar  Inflamación de garganta  Amígdalas hinchadas  
**Corazón:**  Dolor de pecho  Palpitaciones  Dificultad para respirar  Hinchazón de las piernas  
**Pulmones:**  Tos  Flemas  Sibilancias  Dificultad para respirar con esfuerzo  
**Estómago:**  Indigestión  Agruras  Náuseas  Vómitos  El estreñimiento  Dolor de estómago  
**Genitourinario:**  Dolor al orinar  Dolor de espalda  Necesidad de orinar  Aumento de la frecuencia  Micción noche  
 Sangre en la orina  Goteo  Disminución de la fuerza de la corriente  No se puede controlar  
**Músculos:**  Dolor en las articulaciones  Debilidad  Calambres  Espasmos musculares  Dolor de espalda  
**Piel:**  Erupción  Puntos  Desecho de la piel  Piel roja  Inflamación  Comezón  Aumento de la sudoración  
**Neurología:**  Desmayos  Dolor de cabeza  Entumecimiento /Hormigueo  Sensación anormal  Problemas de memoria  
**La mente:**  Deprimido  Dificultad para concentrarse  Nervioso  Ansioso  Tenso  Irritable  Dificultad para dormir  
**Endocrino:**  Frio  Calor  Cambios en la libido  
**Hematológicas / ganglios linfáticos:**  Inflamación de los ganglios linfáticos  Le duelen los ganglios linfáticos  
 Tiene moretones  Fácil al sangrar  
**Alergia:**  Urticaria  Estornudos  Hinchazón de los párpados

Otros: