

FORMULARIO DE PACIENTE ESTABLECIDO

SEGUIMIENTO

HABITACION #: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

Médico Que Le Refirió: _____ Médico de Atención Primaria: _____

HISTORIA - COMPLETADA POR PACIENTE / PADRE

1. Motivo de su visita hoy _____

2. Por favor indique si el paciente tiene problemas actuales, signos o síntomas en cualquiera de las siguientes áreas:

| | NO | SI | | NO | SI |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fiebre, pérdida de peso, fatiga, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neurológico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Urinario / Reproductivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orejas, Nariz, Garganta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiroides / Endocrino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estómago / Digestión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pulmones / Respiración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangre / Linfático | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Corazón / Circulación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Músculo / Articulaciones / Huesos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Última Visita Dental: _____

¿Está menstruando? NO SI Último periodo menstrual: _____

3. Medicamentos actuales: _____

4. ¿Están las vacunas completas? SI NO

5. ¿HA TENIDO REACCIONES ALÉRGICAS? NO SI

En caso afirmativo, por favor describa : _____

6. ¿Hay alguna preocupación sobre cualquier cambio en la condición del paciente? NO SI

En caso afirmativo, por favor describa : _____

7. Desde su última visita, por favor indique cualquier cambio en: Cirugías Realizadas, Cateterización, Ablación Cardíaca,

Salud de de un Miembro de su Familia: _____

8. ¿Con quién vive el paciente? (Mamá, papá, hermana, hermano, cónyuge, etc.) _____

¿Algún formulario para completar? (FMLA, Físico, nota escolar, etc.) _____

Firma del Paciente / Tutor Legal _____

Fecha _____

Firma del Médico _____

Fecha _____