

FOLLOW-UP

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medico que le Refiere: _____ Nombre de su Medico: _____

HISTORIA – LLENADA POR EL PACIENTE / GUARDIAN

1. Razon de la visita de hoy _____

2. Por favor indique si el paciente tiene algun problema signo o sintoma en alguna de las siguientes areas:

	<u>No</u>	<u>Si</u>		<u>No</u>	<u>Si</u>
Fiebre, perdida de peso, fatiga, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologico	<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"/>
Oidos, nariz, garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides / Endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estomago, digestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psiquiatrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmones, respiracion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre / Lymphatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón, circulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musculos, articulacion, huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ROS: 1 Prob. Pertinent, 2-10 Extend, 11> Comprehensive

Esta el paciente menstruando? **NO** **SI** Ultimo periodo menstrual: _____

3. Medicaciones que esta tomando: _____

4. Tiene todas las vacunas? **SI** **NO**

5. **HA TENIDO ALGUNA REACCION ALERGICA?** **NO** **SI**

Por favor diganos a que tiene alergias: _____

6. Ha tenido preocupacion de algun cambio en la condicion del paciente? **NO** **SI**

Por favor describa: _____

7. Desde su ultima visita, por favor diganos algun cambio como: cirugias, cateterizaciones, problemas de su salud o de familiares:

8. Con quien vive el paciente? (Mama, Papa, Hermana, Hermano, Esposa, etc.) _____

Padre / Guardian Legal Firma _____ Fecha _____

Firma de Medico _____ Fecha _____

