

Por favor, conteste las siguientes preguntas con tanta precisión y detalle como sea posible.

¿Quiénes son sus proveedores de atención médica?

Proveedor de atención primaria	Última consulta:
Psiquiatra	Última consulta:
Proveedor dental	Última consulta:
Otro proveedor de atención de la salud	Última consulta:
Otro proveedor de atención de la salud	Última consulta:
Otro proveedor de atención de la salud	Última consulta:
Otro proveedor de atención de la salud	Última consulta:

Inquietudes actuales de atención de la salud

Descríbalas abajo

Inquietud médica	Fecha de inicio	Comentarios

Problemas adicionales - Previos y actuales

Alergias	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual	Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual	Respiratorios	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual
Estomacales/digestivos	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual	Lesiones en cabeza	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual
Problemas de encías	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual	Dolor de dientes	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual
Tiroideos	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual	Problema del corazón	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual
Accidente	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual	Problemas de la piel	<input type="checkbox"/>	Anterior	<input type="checkbox"/>	Actual

Otros problemas de la salud previos o actuales:

¿Hospitalizaciones por motivos médicos o psiquiátricos? __Sí __No

Si respondió sí, indique abajo

Motivo de la hospitalización	Año(s)	Comentarios

Medicamentos actuales

Incluya medicamentos recetados y de venta libre, vitaminas, suplementos y hierbas

Medicamento	Usado para	Dosis	Fecha de inicio	Recetado por

Reacciones e Interacciones de Medicamentos Previas o Actuales

Medicamento	Tipo de Reacción	Año

Dieta y Nutrición

Marque todo lo que corresponda

<input type="checkbox"/>	He mantenido una dieta saludable; como muchas frutas y	<input type="checkbox"/>	Tiendo a comer más de lo
<input type="checkbox"/>	Suelo comer carbohidratos o comida rápida de forma	<input type="checkbox"/>	Tiendo a tener atracones y vomitar
<input type="checkbox"/>	La ansiedad y/o estado de ánimo afecta mi apetito	<input type="checkbox"/>	Tiendo a abusar de la cafeína (café o
<input type="checkbox"/>	Fumo cigarrillos o uso otros productos de tabaco	<input type="checkbox"/>	Me salteo las comidas con frecuencia

Actividades físicas

Marque todo lo que corresponda

<input type="checkbox"/>	Participo de actividades aeróbicas de forma	<input type="checkbox"/>	Hago ejercicio o actividad física
<input type="checkbox"/>	Hago ejercicio físico de forma regular	<input type="checkbox"/>	Suelo ser algo sedentario o pasivo
<input type="checkbox"/>	Camino, bailo, ando en bicicleta o hago yoga	<input type="checkbox"/>	No puedo hacer ejercicio debido a problemas

Hable con su proveedor si desea completar una divulgación de información para el intercambio de información con cualquiera de sus proveedores de atención de la salud.