

Cuestionario de Seguimiento para Pacientes

Médico: _____

Fecha de hoy: _____ / _____ / _____		
NOMBRE DEL PACIENTE:		Fecha de Naci
Adulto acompañante:		Vínculo con el paciente:
¿Cuáles son las preocupaciones sobre las que le gustaría hablar con su médico hoy?		
Desde su última visita:		En caso afirmativo, especifique
Experimentó nuevas enfermedades, cirugías o internaciones	No Sí	
¿Le hicieron análisis de sangre, radiografías, ultrasonido, tomografía computada o resonancia magnética?	No Sí	
¿Ha cambiado algún medicamento, incluidos los de venta sin receta?	No Sí	
¿Se ha enterado que algún pariente tiene una nueva enfermedad crónica?	No Sí	
¿Ha experimentado algún cambio importante en el hogar, la escuela, el trabajo, o en la situación personal o la salud (por ejemplo, en su dieta, ejercicio, consumo de tabaco, consumo de alcohol)?	No Sí	
Desde su última visita ha experimentado algún cambio en los síntomas:		En caso afirmativo, especifique
Fiebre, fatiga, siente mucho calor o mucho frío la mayor parte del tiempo	No Sí	
Pérdida de peso, aumento de peso, mucha sed	No Sí	
Ojos / visión (visión borrosa o doble, lagrimeo, hinchazón)	No Sí	
Oídos, nariz, boca, garganta (hinchazón, sensibilidad, dificultad para tragar, incapaz de detectar olores, ronquidos, infecciones de oído frecuentes, problemas de audición)	No Sí	
Corazón (dolor de pecho, palpitaciones)	No Sí	
Pulmones (dificultad respiratoria, tos)	No Sí	
Digestión (estreñimiento, diarrea, dolor abdominal, vómitos)	No Sí	
Sistema urinario (dolor al orinar, micción frecuente, enuresis nocturna)	No Sí	
Músculos, articulaciones (dolores, calambres, dolor al caminar)	No Sí	
Piel, uñas y cabello (sequedad, uñas quebradizas, pérdida de cabello)	No Sí	
Neurológico (Dolor de cabeza, entumecimiento, debilidad, mareos)	No Sí	
Emocional (Depresión, desórdenes del sueño, dificultad para concentrarse, ansiedad)	No Sí	
Reproductivo (cambio en el ciclo menstrual, olores corporales, vello púbico/axilar temprano, edad de la primera menstruación y fecha de la última, si corresponde)	No Sí	

¡Gracias por completar este cuestionario, ya que nos ayuda a brindarle un mejor servicio!

Identificación del Paciente
Si la etiqueta no está disponible, complete:

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento: _____ Historia Clínica N.º _____

Para Uso exclusivo del Consultorio

Intenté que el paciente (o el representante) firmaran este Reconocimiento, pero no lo hicieron, debido a que:

- Fue un tratamiento de urgencia
- No me pude comunicar con el paciente
- El paciente se negó a firmar
- El paciente no pudo firmar porque
- Otro (indique la razón)

Firma _____