



Preparacion para tu Primera visita

Qué llevar:

Tarjeta de seguro/salud y un documento de identidad válido

Toda la medicación (traiga el frasco o los blísteres)

Historial médico anterior

Alergias: _____

¿Ves a algún otro médico o profesional sanitario/especialista? Sí/No

En caso afirmativo, indica sus nombres y especialidad

¿Consumes productos de tabaco? Cigarrillos/Vaping/Cigarrillos/Nada

En caso afirmativo, ¿cuánto/cuántas cajetillas al día? _____

¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes a la semana? Beer/Wine/Liquor

Medicamentos (con y sin receta) y vitaminas y suplementos.

Nombre del medicamento/ suplemento	Dosificación (¿cuánta?)	Frecuencia	Por qué lo usas

Marca con una X los aspectos que te gustaría discutir con tu proveedor.

Tu dieta y estilo de vida

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol | <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito (dieta y nutrición) |
| <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco | <input type="checkbox"/> Cambios de peso |

Salud física

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor o rigidez ósea/articular | <input type="checkbox"/> Problemas intestinales |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Mareos o aturdimiento |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Cambios en la audición |
| <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones o visitas recientes a urgencias | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la piel | <input type="checkbox"/> Cambios en la visión |
| <input type="checkbox"/> Problemas urinarios o sensación de humedad | <input type="checkbox"/> Azúcar en la sangre |
| <input type="checkbox"/> Colesterol | <input type="checkbox"/> Presión arterial |
| <input type="checkbox"/> Exámenes preventivos | <input type="checkbox"/> Salud del corazón |

Salud emocional

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de intimidad o cambios en la actividad sexual | <input type="checkbox"/> La soledad o el sentimiento de aislamiento |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria o dificultad para pensar | <input type="checkbox"/> Tristeza o desánimo |
| <input type="checkbox"/> Sensación de ansiedad o nerviosismo | |

Vida cotidiana

Marque con una X los aspectos que le gustaría discutir con su proveedor.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accidentes, lesiones o caídas | <input type="checkbox"/> Directivas avanzadas |
| <input type="checkbox"/> Actividades diarias | <input type="checkbox"/> Conducción/Transporte/Movilidad |
| <input type="checkbox"/> Ejercicio físico | <input type="checkbox"/> Situación de vida |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sueño o cambios en los patrones de sueño | |