



Preparándose para su próxima visita al consultorio

Información de la cita

Nombre del proveedor: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Razón de la visita: _____

Otros proveedores de atención médica a los que estoy consultando

Nombre: _____ Teléfono: _____

Razón para ver a este proveedor de atención médica: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Razón para ver a este proveedor de atención médica: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Razón para ver a este proveedor de atención médica: _____

Medicamentos y suplementos recetados y de venta libre

Nombre del medicamento / suplemento	Dosis	Frecuencia	Recetado / recomendado por
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nombre de mi farmacia: _____ Teléfono: _____

Síntomas que he estado experimentando

Toser	Sintiéndose nervioso
Opresión en el pecho	Latidos rápidos
Sibilancias	Cabeza / nariz tapada
Incapaz de hacer ejercicio	Inquietud
Sentirse cansada	Fiebre
Necesita aclararse la garganta repetidamente	Acariciando el mentón o la garganta
Boca seca	Mayor uso de inhaladores de alivio rápido
Despertar por la noche	Otro:

Con qué frecuencia ocurren estos síntomas: _____

Cuando comienzan los síntomas: _____

Cosas que hago para aliviar estos síntomas: _____

Preocupaciones y preguntas adicionales

Próximos pasos

Notas de mi proveedor de atención médica: _____

Pruebas para programar: _____

Próxima cita (día / hora): _____