



Instrucciones para marcar

Por favor utilice lapiz #2. Llene el ovalo completamente como se muestra...



POR FAVOR IMPRIMA EL APELLIDO DEL PACIENTE

Grid for printing the patient's last name.

POR FAVOR IMPRIMA EL NOMBRE DEL PACIENTE

Grid for printing the patient's first name.

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

Grid for printing the patient's birth date.

MES

DÍA

AÑO

La razón por su visita: _____

Fecha que comenzó su problema: _____

Describa su accidente / lesión como ocurrió, o como empezó el dolor: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Por favor marque todos los síntomas que actualmente esta sintiendo.

Marque todos los que aplican. Si no hay ningun síntoma, marque NINGUNO.

General

escalofríos
fiebre

sobre peso involuntario
pérdida de peso involuntario NINGUNO

Piel

uñas frágiles
cambio en las uñas

nuevas lesiones
cambio de color en la piel NINGUNO

Respiración

tos

dificultad de respiración al esforzarse
pérdida de respiración NINGUNO

Cardiovascular

dolor en el pecho NINGUNO

Musculoesquelético

atrofia
debilidad al moverse
dolor en las coyunturas
coyunturas rojas

coyunturas tiesas
coyunturas inflamadas
inflamación de músculo
músculos debiles NINGUNO

Neurológico

ardor
problemas para enfocarse
entumido

convulsiones
embolia
inflamación
hormigueo NINGUNO