



Seguimiento de Formulario Historial

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Fecha:** _____

Historia de la enfermedad actual

¿Cuál es el propósito de la visita de hoy? _____

Seguimiento de rutina (no hay nuevos problemas)

Tengo un problema nuevo o empeoramiento de los síntomas. Por favor, describa brevemente: _____

Por favor, actualice la siguiente información:

Historial Medico- Nuevos diagnósticos o problemas desde la última visita: _____

Alergias - Haga una lista de cualquier alergia nueva desde la última visita: _____

Antecedentes quirúrgicos - Lista de las cirugías que has tenido desde su última visita: _____

Medicamentos - Por favor, indique cualquier cambio desde la última visita:

Nombre	Cantidad	Veces por día	Nombre	Cantidad	Veces por día

¿Si el médico le recetó medicamentos para usted en su última visita, era útil?

Si No Nombre del medicamento: _____

Si No Nombre del medicamento: _____

Si No Nombre del medicamento: _____

Signos Vitales

Altura: _____ Peso: _____