

Lista de control para las vistas al consultorio

Nombre del médico _____

Fecha de la vista _____

Lista de los medicamentos que usa actualmente, incluidos los que se venden sin receta, los que se venden con receta y los suplementos:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Notas

Abajo, por favor escriba una lista de todas las preocupaciones de salud que tenga.

¿Ha habido algún cambio en su salud física o mental desde su última visita a este proveedor? Si la respuesta es sí, por favor describa esos cambios abajo.

¿Le recetaron nuevos medicamentos de venta con receta o deberá hacer cambios en estos medicamentos después de esta visita?

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Instrucciones

¿Su médico le envió a algún otro proveedor en esta visita? Si la respuesta es sí, anote las instrucciones o los detalles abajo.

Laboratorio:	Especialista:	Estudios por imágenes:

Fecha y hora de su cita siguiente:

___ / ___ / ___ : ___ AM / PM