

ejercicio 4

Cómo prepararse para su próxima visita al médico

✦ Su nombre:

✦ Fecha:

✦ Dirección:

Proveedor de atención primaria

✦ Nombre:

✦ Teléfono:

Otros proveedores de atención médica con los que me estoy tratando

✦ Nombre:

✦ Teléfono:

Razón de la visita:

✦ Nombre:

✦ Teléfono:

Razón de la visita:

✦ Nombre:

✦ Teléfono:

Razón de la visita:

Medicamentos recetados

Medicamento	Dosis	Cantidad de veces al día	Recetado por

Medicamentos de venta libre

Medicamento	Dosis	Frecuencia con la que lo tomo	Recomendado por

✦ Nombre y número de teléfono de mi farmacia:

Síntomas que he estado experimentando:	
Tos	Nerviosismo
Opresión en el pecho	Latido cardíaco acelerado
Respiración ruidosa	Congestión en la cabeza/nariz
Imposibilidad de realizar actividad física	Inquietud
Cansancio	Fiebre
Necesidad de carraspear frecuentemente	Necesidad de frotarse la barbilla o garganta
Sequedad en la boca	Aumento en el uso del inhalador
Despertarse durante la noche	Otros
Frecuencia con la que aparecen estos síntomas	
Cuándo comienzan los síntomas	
Medidas que tomo para aliviar estos síntomas	
<p>✦ Otros factores que me han estado causando problemas</p>	
<p>✦ Preguntas que no quiero olvidarme de hacer</p>	
<p>✦ Preocupaciones que he tenido</p>	
<p>✦ Pensamientos o temores que he tenido</p>	
<p>✦ Sentimientos que he estado experimentando</p>	
<p>✦ Notas del proveedor de atención médica</p>	
<p>✦ Exámenes realizados o solicitados durante la consulta</p>	
<p>✦ Mi próxima cita</p>	
Día:	Hora: