

## 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:	