



Fecha / Date \_\_\_\_\_

Nombre / Name: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento / DOB: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es el motivo de su visita / *What is the reason for your visit today?* \_\_\_\_\_
2. Farmacia local y número de teléfono (solo si cambio desde su última visita) / *Local Pharmacy & Phone# (only if changed since last visit)* \_\_\_\_\_
3. ¿Quién es su médico de atención primaria / *Who is your primary care physician?* \_\_\_\_\_  
Última visita realizada el / *Last Visit* \_\_\_\_\_
4. ¿Estuvo en el hospital después de su última visita            NO      Sí / YES  
*Have you been in the hospital since your last visit?*
  - a. En caso afirmativo, ¿dónde? / *If yes, where* \_\_\_\_\_
  - b. ¿Cuándo? / *When:* \_\_\_\_\_

**Marque si tiene alguno de los siguientes síntomas**

*Please check if you have any of the following symptoms listed below:*

CONSTITUCIÓN / <i>CONSTITUTION</i>	OJOS / <i>EYES</i>	GASTROINTESTINAL / <i>GASTROINTESTINAL</i>	ENDO/HEMA/ALERGIAS / <i>ENDO/HEME/ALL</i>
Fiebre / <i>Fever</i>	Visión borrosa / <i>Blurred Vision</i>	Acidez estomacal / <i>Heartburn</i>	Formación de hematomas con facilidad / <i>Easy bruising</i>
Escalofríos / <i>Chills</i>	Visión doble / <i>Double Vision</i>	Náuseas / <i>Nausea</i>	alergias / <i>Allergies</i>
Pérdida de peso / <i>Weight loss</i>	Sensibilidad a la luz / <i>Sensitive to light</i>	Vómitos / <i>Vomiting</i>	Sed excesiva / <i>Excessive thirst</i>
Fatiga / <i>Fatigue</i>	Dolor en los ojos / <i>Eye Pain</i>	Dolor abdominal / <i>Abdominal pain</i>	NEUROLÓGICO / <i>NEUROLOGICAL</i>
Sudoración/transpiración / <i>Sweating/Perspiration</i>	Secreción de los ojos / <i>Eye discharge</i>	Diarrea / <i>Diarrhea</i>	Mareos / <i>Dizziness</i>
Debilidad / <i>Weakness</i>	Enrojecimiento de los ojos / <i>Eye redness</i>	Constipación / <i>Constipation</i>	Hormigueo / <i>Tingling</i>
PIEL / <i>SKIN</i>	CARDIOVASCULAR / <i>CARDIOVASCULAR</i>	Sangre en las heces / <i>Blood in stool</i>	Temblor / <i>Tremor</i>
Sarpullido / <i>Rash</i>	Dolor en el pecho / <i>Chest Pain</i>	Deposiciones de color negro / <i>Black stool</i>	Cambios sensoriales / <i>Sensory change</i>
Comezón / <i>Itching</i>	Palpitaciones/aleteos / <i>Palpitations/flutterers</i>	GENITOURINARIO / <i>GENITOURINARY</i>	Cambios en el habla / <i>Speech change</i>
HENT (cabeza, oídos, nariz y garganta) / <i>HENT</i>	¿Falta de aire en reposo? / <i>Shortness of breath when lying down</i>	Micción dolorosa / <i>Painful urination</i>	Debilidad focal / <i>Focal weakness</i>
Dolores de cabeza / <i>Headaches</i>	Dolor en las piernas al caminar / <i>Leg pain while walking</i>	Urgencia para orinar / <i>Urgency</i>	Convulsiones / <i>Seizures</i>
Pérdida de la audición / <i>Hearing loss</i>	Hinchazón en las piernas / <i>Leg swelling</i>	Micción frecuente / <i>Urinary frequency</i>	Pérdida de conciencia / <i>Loss of consciousness</i>

Zumbido en los oídos / <i>Ringling in the ears</i>	Se despierta del sueño porque tiene dificultad para respirar / <i>Waking from sleep short of breath</i>	Sangre en la orina / <i>Blood in urine</i>	PSIQUIÁTRICO / <i>PSYCHIATRIC</i>
Dolor de oído / <i>Ear Pain</i>	RESPIRATORIO / <i>RESPIRATORY</i>	Dolor en el flanco / <i>Flank pain</i>	Depresión / <i>Depression</i>
Secreción del oído / <i>Ear Discharge</i>	Tos / <i>Cough</i>	MUSCULOESQUELÉTICO / <i>MUSCULOSKELETAL</i>	Ideas suicidas / <i>Suicidal ideas</i>
Hemorragia nasal / <i>Nosebleeds</i>	Tos con sangre / <i>Coughing up blood</i>	Dolor muscular / <i>Muscle pain</i>	Abuso de sustancias / <i>Substance abuse</i>
Congestión / <i>Congestion</i>	Producción de esputo / <i>Sputum production</i>	Dolor de cuello / <i>Neck pain</i>	Alucinaciones / <i>Hallucinations</i>
Dolor de garganta / <i>Sore throat</i>	Dificultad para respirar / <i>Short of breath</i>	Dolor de espalda / <i>Back pain</i>	Nerviosismo/ansiedad / <i>Nervous/anxious</i>
	Sibilancias / <i>Wheezing</i>	Dolor en las articulaciones / <i>Joint pain</i>	Insomnio / <i>Insomnia</i>
		Caídas / <i>Falls</i>	Pérdida de memoria / <i>Memory loss</i>