



# Prepararse para su próxima consulta médica

## Información de la cita

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

## Otros proveedores de atención médica que estoy viendo

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Motivo para ver a este proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Motivo para ver a este proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Motivo para ver a este proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

## Medicamentos y suplementos recetados y de venta libre

Nombre del medicamento/suplemento	Dosis	Frecuencia	Recetado/recomendado por
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Nombre de mi farmacia \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Síntomas que he tenido

Tos	Sentir nervios
Opresión en el pecho	Latidos rápidos
Sibilancias	Cabeza/nariz tapada
Incapacidad para hacer ejercicio	Inquietud
Cansancio	Fiebre
Necesidad de aclararse la garganta repetidas veces	Acariciarse la barbilla o garganta
Boca seca	Aumento del uso del inhalador de alivio rápido
Despertarse durante la noche	Otro:

Frecuencia con la que tiene estos síntomas: \_\_\_\_\_

Cuándo comienzan los síntomas: \_\_\_\_\_

Cosas que hago para aliviarlos: \_\_\_\_\_

## Otras inquietudes y preguntas

---

---

---

## Pasos siguientes

Notas para mi proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

---

Pruebas para programar: \_\_\_\_\_

---

Próxima consulta (día/hora): \_\_\_\_\_