Carlos A Plata MD - Pablo Rodriguez MD
Actualización de historia clínica

Nombre:_____Fecha___/_____/_____

Qué pasó desde la última cita aquí?	**Si**	**No**	**Explique su respuesta**
Lo han visto otros médicos o proveedores de salud?	0	0	_____
Le han hecho radiografías, estudios de sangre u otras técnicas de diagnóstico?	0	0	_____
Ha tenido alguna infección importante?	0	0	_____
Le dijeron que tenía una enfermedad crónica como tensión alta, diabetes, asma, etc?	0	0	_____
Ha estado en un hospital, le han hecho cirugía?	0	0	_____

Le han dicho a algún pariente que tenga alguna enfermedad grave? _____
Ha cambiado de trabajo, a dejado de fumar o beber, se ha casado o divorciado?_____
HA TENIDO ALGUNA REACCION ALLERGICA DESDE LA ULTIMA CITA?_____

Desde su última cita a cambiado alguna droga? Si es así, por favor indiquela abajo:

Nombre de la droga	**Nueva, cambio de dosis, paro**	**Nombre del doctor que hizo el cambio**	**Por qué se hizo el cambio?**

	Mucho peor	**Peor**	**Igual**	**Mejor**	**Mucho mejor**
Comparado con la ultima cita, está	0	0	0	0	0

_____

Ha tenido alguno de estos problemas desde su última cita? Llene el cículo que es verdadero

	No	Nuevo	Peor	Igual	Mejor		No	Nuevo	Peor	Igual	Mejor		No	Nuevo	Peor	Igual	Mejor
Cambios de peso	0	0	0	0	0	Ojos secos	0	0	0	0	0	Inchazón En pies	0	0	0	0	0
Fiebre	0	0	0	0	0	Aftas en la boca	0	0	0	0	0	Nausea	0	0	0	0	0
Fatiga	0	0	0	0	0	Boca seca	0	0	0	0	0	Indigestión	0	0	0	0	0
Dolor cabez	0	0	0	0	0	Tos	0	0	0	0	0	Diarrea	0	0	0	0	0
Ardor en Pies o Manos	0	0	0	0	0	Dolor pecho	0	0	0	0	0	Dolor para orinar	0	0	0	0	0
						Palpitacion	0	0	0	0	0	Brotes	0	0	0	0	0
Debilidad muscular	0	0	0	0	0	Difficultad respirar	0	0	0	0	0	Sangrado fácil	0	0	0	0	0