



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): _____