ADVANCED UROLOGY
CENTERS OF NEW YORK
A Division of Integrated Medical Professionals, PLLC

Seguimiento de Formulario Historial

Primer Nombre:_____ **Apellido**:_____

Fecha de Nacimiento: _____ **Fecha**:_____

Historia de la enfermedad actual

¿Cuál es el propósito de la visita de hoy?_____

☐ Seguimiento de rutina (no hay nuevos problemas)

☐ Tengo un problema nuevo o empeoramiento de los síntomas. Por favor, describa brevemente: _____

_____

Por favor, actualice la siguiente información:

Historial Medico- Nuevos diagnósticos o problemas desde la última visita: _____

_____

_____

Alergias - Haga una lista de cualquier alergia nueva desde la última visita: _____

_____

Antecedentes quirúrgicos - Lista de las cirugías que has tenido desde su última visita: _____

_____

Medicamentos - Por favor, indique cualquier cambio desde la última visita:

Nombre	Cantidad	Veces por día	Nombre	Cantidad	Veces por día

¿Si el médico le recetó medicamentos para usted en su última visita, era útil?

☐ Si	☐No	Nombre del medicamento:
☐ Si	☐No	Nombre del medicamento:
☐ Si	☐No	Nombre del medicamento:

Signos Vitales

Altura:	Peso: