



2280 Hemby Lane
Greenville, North Carolina 27834

EAST CAROLINA NEUROLOGY

FECHA: _____ N.º de ECN _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de teléfono particular _____

N.º de teléfono celular _____

¿Viene a buscar resultados de análisis? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿qué análisis? _____

¿Cuál es su condición actual? La misma _____ Mejor _____ Peor _____

¿Tiene algún problema nuevo? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, descríballo: _____

¿Tiene alguno de los siguientes problemas?:

S	N	S	N
	Dolor de pecho		Sarpullido en la piel
	Falta de aliento		Trastornos visuales
	Dolor de estómago		Depresión

¿Está embarazada o existen posibilidades de que pueda estar embarazada? Sí _____ No _____

Enumere las alergias que tiene: _____

Fecha de la última hospitalización _____	¿Consultó con otro médico desde la última visita en este lugar? Sí _____ No _____
Motivo: _____	Nombre del médico: _____ Motivo: _____

¿Necesita una nota para el trabajo o la escuela? Sí _____ No _____

¿Necesita renovar recetas? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, enumérelas: _____

¿Ha habido algún cambio en su historia médica, de familia o social desde su última visita?

No _____ Sí, sírvase enumerar: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO

Anamnesis:

PE (Examen físico):

ROS (Revisión de sistemas):

Medicamentos nuevos / cambio de medicamentos:

Plan de tratamiento:

Órganos Vitales

WT (Peso) _____ HT (Altura) _____

BP (Presión arterial) _____ P (Pulso) _____

Temp (Temperatura) _____

HC (Circunferencia de la cabeza) _____

FIRMA DEL MÉDICO _____ FECHA DE DICTADO _____

EAST CAROLINA NEUROLOGY
2280 HEMBY LANE
GREENVILLE, NC 27834

FIRMA DEL MÉDICO _____ FECHA DE DICTADO _____