

EAST CAROLINA NEUROLOGY

FECHA: _____ NOMBRE DEL PACIENTE: _____ # ECN _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

¿Viene a buscar resultados de análisis? Sí No En caso afirmativo, ¿qué análisis? _____

¿Cuál es su condición actual? Igual Mejor Peor

¿Tiene algún problema nuevo? Sí No En caso afirmativo, descríballo: _____

¿Hay algún cambio en su historia médica, familiar o social desde su última visita? Sí No En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Tiene alguno de los siguientes problemas?:

Sí	No	Dolor de pecho
Sí	No	Falta de aliento
Sí	No	Dolor de estómago

Sí	No	Sarpullido en la piel
Sí	No	Trastornos visuales
Sí	No	Depresión

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

Enumere las alergias que tiene: _____

¿Fuma? Sí No _____ Cajetillas por día, otros usos del tabaco: _____

¿Necesita una nota para el trabajo o la escuela? Sí No ¿Necesita renovar recetas? Sí No En caso afirmativo, enumérelas: _____

Por favor nombre a cualquier médico que le gustaría que le enviemos una nota de hoy de la oficina:

(Nombre)

(Ciudad)

PARA USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO

Anamnesis:

Examen físico:

Revisión de los sistemas:

Medicamentos nuevos / cambio de medicamentos:

Plan de tratamiento:

Signos vitales (última visita)

Fecha: _____

Peso: _____

Presión arterial: _____ / _____

Órganos vitales

Peso: _____ Altura: _____

Presión arterial: _____ / _____

Pulso: _____

Temperatura: _____

Circunferencia de la cabeza: _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____ FECHA DE LA ORDEN: _____

