

EAST CAROLINA NEUROLOGY
Clínica de prevención del accidente cerebrovascular
Seguimiento

FECHA: _____ # ECN: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: _____
Médico de familia: _____ Teléfono de casa: _____
Nombre de farmacia/Ubicación: _____ Teléfono celular: _____

Por favor escriba a continuación cualquier CAMBIO en su pasado historia médica, familiar o social pasada:

¿Fuma? S N Cajetillas por día: ____ Otros usos del tabaco: _____

¿Consultó con otro médico desde su última visita aquí? S N

Nombre del médico: _____

Motivo: _____

Marque con un círculo los síntomas que experimenta en la actualidad:

Dolor de pecho Falta de aliento Trastornos visuales
Aumento de la sed Frecuencia urinaria Somnolencia excesiva durante el día

Enumere las alergias que tiene: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO

Anamnesis:

Examen físico:

Revisión de los sistemas:

Plan:

Signos vitales (última visita)	
Fecha: _____	
Peso: _____	
Presión arterial: _____	
<hr style="border: 1px solid black;"/>	
Órganos vitales	
Peso: _____	
Altura: _____ Pulso: _____	
Presión arterial: _____	
IMC: _____ Temperatura: _____	

