

ALLERGY ASSOCIATES AND ASTHMA, LTD.		Fecha de servicio:	Pagina #
Dr. Suresh Anand	Dr. Miriam Anand	Veena Krause, F.N.P.	Tera Crisalida, PA-C
Tempe	Chandler	Mesa	
Nombre:		Papel de Referencia:	
Fecha de Nacimiento:	Numero de tabla:	Auth #	Fecha de expiración:

Información a continuación llenada por el Paciente

Usted a tenido algun problema medico desde su ultima visita con el doctor? Por ejemplo, algun diagnóstico nuevo, cirugía, visita al hospital? SI / NO

Si su respuesta es si, porfavor explique la razon: _____

Usted tiene alguna alergia a algun medicamento? SI / NO

Si si, porfavor explique el nombre del medicamento y describa la reacción que sucede: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS: Porfavor tache si usted a tenido uno de los siguientes desde si ultima visita. Si no, porfavor tache "Ninguno".

GENERAL: Ninguno Aumento o perdida de peso inexplicable Escalofrios o fiebre inexplicable

Levantarse por las noches con las sábanas o ropa llena de sudor

SENOS: Ninguno Tumor mamario Secreción del pezón

CARDIOVASCULAR: Ninguno palpitaciones/ aceleracion del Corazón soplo en el Corazón

Ritmo irregular Inchazón en los tobillos/ pies Dificultad para respirar al estar acostado

GENITOURINARIO: Ninguno sangre en el orine Dificultad para orinar

Historia de piedras en los rinónes

levantarse mas de 3 veces por la noche a orinar insuficiencia renal

MÚSCULO-ESQUELÉTICO: Ninguno articulaciones enrojecidas e inflamadas calientes

dolor en articulaciones artritis

NEUROLÓGICA/PSIQUIÁTRICA: Ninguno incautación ansiedad depresión

pensamientos de suicidio

LINFÁTICO: Usted a notado los ganglios linfáticos agrandados o inflamados y que no se disminuyan? No Yes

Si si, donde? cuello arriba de los huesos del cuello axilas fronteras entre los muslos y la pelvis

Porfavor escriba el nombre, dirección, locación, y numero de telefono de la farmacia preferida:

Has comenzado, cambiado, o terminado de usar ALGUN medicamento desde tu ultima visita con el doctor? (Porfavor incluya TODOS los medicamentos, no solo los medicamentos de alergia o asma).

(Usted puede preguntar por una lista de sus medicamentos que tenemos en su expediente a alguien de la oficina.) **SI** **NO**

Porfavor de continuar en la pagina de atras

Si si, porfavor escriba sus cambios (Si usted tiene la lista de medicamentos ACTUALES, usted puede ignorar esta sección):

Agregado o cambiado:

MEDICAMENTO:	DOSIS:	FRECUENCIA:	DOCTOR QUE RECETO:

Medicamento terminado:

MEDICAMENTO:	DOSIS:	FRECUENCIA:	DOCTOR QUE RECETO:

INFORMACIÓN ADICIONAL QUE A USTED LE GUSTARIA QUE NOSOTROS SUPIERAMOS :

For Staff Use Only:

Smoker? Never / Current / Former

Pets? No / Yes

CC: _____

HT	WT	P	BP	pO ₂	Temp/other:
----	----	---	----	-----------------	-------------

_____ Staff initials