

# Sea experto en usted

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Fecha

Su proveedor necesita de su ayuda para realizar un diagnóstico y un plan de atención seguros.

## ¿Por qué está hoy aquí?

Problema nuevo  Seguimiento  Surtido de medicamento  Algo más



## ¿Ha habido algún cambio en cómo se siente desde su última visita?

Sí  No

¿Cuándo empezó?  Días  Semanas  Más tiempo

¿Cómo le afecta?



## ¿Ha consultado a alguien más sobre su salud?

Sí  No

¿A quién consultó?



## ¿Tiene preguntas sobre...

¿Medicamentos?  ¿Pruebas?  ¿Tratamientos?  ¿Algo más?



## ¿Qué le preocupa?



Esté preparado para compartir esta información con su proveedor.

Gracias por formar parte del equipo de atención.

