

Cuestionario de Pre-Consulta

Fecha de Hoy: / /
(Mes) (Día) (Año)

Estimado Paciente,

Con el fin de poder aclarar sus preocupaciones de salud el día de hoy, por favor conteste las siguientes preguntas. Entregue este cuestionario a la recepcionista para poder revisarlo juntos.

¡Gracias!

1. ¿Díganos UNA de las principales preocupaciones en la cual le gustaría que nos concentráramos el día de hoy?

2. Si el tiempo lo permite ¿de qué otras preocupaciones quisiera que platicáramos hoy?

3. ¿Necesita surtir alguna receta médica el día de hoy?

No

Si. Por favor indique cual(es) _____

4. ¿A visitado el hospital, sala de emergencia, urgencias, o especialista(s) desde su última visita?

No

Si. Por favor indique la fecha, el lugar y especialista(s): _____

5. ¿Le han realizado alguno de los siguientes procedimientos desde su última visita?

Pruebas de laboratorio. Indique el tipo y la fecha _____

Radiografías. Indique el tipo y la fecha _____

Otras pruebas. Indique el tipo y la fecha _____

PARA USO DEL MÉDICO UNICAMENTE

Plan de tratamiento: _____

Appointment: _____

—