

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_ Hora de la cita: \_\_\_\_\_

## Qué debe traer:

- Tarjeta del seguro e identificación con fotografía
- Registros médicos y de vacunaciones
- Cualquier registro utilizado para hacer el seguimiento de la presión arterial, la actividad o la dieta
- Lista de alergias
- Cualquier medicamento que esté tomando actualmente

¿Está experimentando algún síntoma nuevo?  Sí  No

En caso afirmativo,  
indique los síntomas:

¿Hay algún factor que le impida alcanzar sus metas de salud?  Sí  No

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentos       | <input type="checkbox"/> Salud conductual  | <input type="checkbox"/> Transporte          |
| <input type="checkbox"/> Atención médica | <input type="checkbox"/> Vivienda o bienes | <input type="checkbox"/> Asuntos financieros |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____    | <small>(lista)</small>                     |  |

## Historial familiar:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Cáncer: _____<br><small>(tipo)</small> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Colesterol alto        | <input type="checkbox"/> Trastornos de salud mental             |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____           | <small>(lista)</small>                          |   |

Otros proveedores que cuidan de usted:

