

Patient Name: _____ DOB: _____

Please indicate your height, weight and Pharmacy location preference in the spaces below. In addition, please check “yes” or “no” next to the below symptoms to indicate whether or not you have experienced any of them since your last visit. This information is obtained at every office visit appointment to assist with your care. Thank you!

Height: _____ Weight: _____ Pharmacy: _____

REVIEW OF SYSTEMS

Diagnosis	Yes	No	Diagnosis	Yes	No	Diagnosis	Yes	No
Fever			Joint Swelling			Dry Mouth		
Unusual Weight Loss			Rash			Heartburn/Ulcers		
Weight Gain			Skin Infections			Diarrhea		
Fatigue			Vision Loss			Constipation		
Depression			Blurring of vision			Frequent Urination		
Sleep Disturbances			Dry eyes			Recurrent Urinary Tract Infections		
Joint Pain			Hearing Loss			Decreased Strength		
Bruising			Decreased range of motion			Chest Pain		
Drainage			Numbness of Extremities			Cough		
Leg Swelling			Shortness of Breath			Temperature change in the extremity		
Pain			Comments:					

Pos Operación/Consulta de Seguimiento

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nac: _____

Por favor indique su estatura, peso y la ubicación de su farmacia de preferencia en los espacios siguientes. Además indique “Sí” ó “No” en caso de que haya ó no experimentado alguno de los síntomas señalados desde su última visita. Esta información es requerida en todas las consultas médicas para el cuidado de su salud. ¡Gracias!

Estatura: _____ Peso: _____ Farmacia: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

Diagnóstico	Sí	No	Diagnóstico	Sí	No	Diagnóstico	Sí	No
Fiebre			Inflamación de las articulaciones			Sequedad en la boca		
Pérdida de peso			Erupción en la piel			Acidez estomacal ó úlceras		
Aumento de peso			Infecciones de la piel			Diarrea		
Fatiga			Perdida de la visión			Estreñimiento		
Depresión			Visión borrosa			Orinar con frecuencia		
Trastornos del sueño			Resequedad en los ojos			Infecciones en el tracto urinario recurrentes		
Dolor en las articulaciones			Pérdida de audición			Disminución de la fuerza		
Hematomas			Disminución del rango de movimiento			Dolor de pecho		
Drenaje			Entumecimiento de las extremidades			Tos		
Hinchazón de las piernas			Falta de aliento			Cambio de temperatura en la extremidad		
Dolor			Comentarios:					