

Formulario de Admision Del Paciente

Por favor complete lo siguiente:

Nombre de farmacia preferida: _____

¿Le recetaron alguno de estos medicamentos?

- Ketolorac Diclofenac Aggrenox Xarelto
 Eliquis Meloxicam Arixtra Coumadin
 Brilinta Plavix Effient
 Naproxen Ibuprofen

MD que prescribe: _____

¿Cuál es su nivel promedio de dolor?

0 (sin dolor) >10 (peor dolor imaginable)

Sin Medicamentos: _____

Con Medicamentos: _____

Actual: _____

Nivel de comodidad: Pobre Justo Bueno

Estado funcional: Pobre Justo Bueno

Desde su última visita, el dolor es: Mismo Mejor Peor

Fecha de la última inyección: _____

¿Ayudò? Si No

¿Por cuanto tiempo? _____

Problemas adicionales/Notas:

Comentarios/Preguntas para esta visita:

Historial Mèdico:

Historia de MRSA (Infección por estafilococos) Si No

Diabético: Si No

En caso afirmativo: Tipo I Tipo II

Diàlisis: Si No

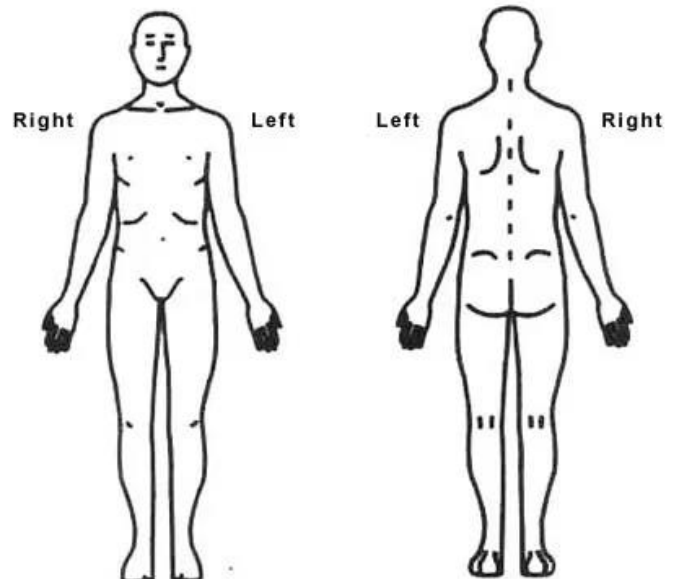
Medicación para diabéticos: Oral Inyectable

A1C: _____ Fecha de última comprobación: _____

Por favor marque solo las que le corresponden hoy

<p>GENERAL:</p> <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Boca Seca <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <p>PIEL</p> <input type="checkbox"/> Picor <input type="checkbox"/> Nuevas Lesiones <input type="checkbox"/> Erupción <p>HEENT</p> <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Congestión nasal <input type="checkbox"/> Dolor de Sinusitis <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta <p>CUELLO</p> <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello <input type="checkbox"/> Rigidez en el cuello <p>RESPIRATORIO:</p> <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Ronquidos <input type="checkbox"/> Sibilancias <p>CARDIOVASCULAR</p> <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho <input type="checkbox"/> Palpitaciones	<p><input type="checkbox"/> Dificultad para respirar</p> <p>GASTROINTESTINAL</p> <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Heces con Sangre <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vómitos <p>GENITOURINARIO</p> <input type="checkbox"/> Dolor de Costado <input type="checkbox"/> Frecuencia <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar <input type="checkbox"/> Urgencia <p>SOLO HOMBRES</p> <input type="checkbox"/> Impotencia <input type="checkbox"/> Dolor Testicular <p>MUSCULOESQUELETICO:</p> <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda <input type="checkbox"/> Dolor de Pantorrilla <input type="checkbox"/> Disminuido ROM <input type="checkbox"/> Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> Enrojecimiento Articular <input type="checkbox"/> Rigidez Articular	<p>MUSCULOESQUELETICO</p> <input type="checkbox"/> Inflamación de articulaciones <input type="checkbox"/> Atrofia Muscular <input type="checkbox"/> Calambres Muscular <input type="checkbox"/> Dolor Muscular <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular <input type="checkbox"/> Hinchazon de las extremidades <p>NEURO:</p> <input type="checkbox"/> Mareo <input type="checkbox"/> Parestesias <input type="checkbox"/> Sensación inusual <input type="checkbox"/> Debilidad <p>PSYCH:</p> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Cambios de Humor <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Ideación suicida <input type="checkbox"/> Planificación suicida <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio anteriores <p>ENDOCRINO:</p> <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor <input type="checkbox"/> Cambio de libido <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos
---	--	---

Sombra en el àrea donde tiene dolor:



Firma

Fecha