

David Tabby, D.O. | Neurología óptima
Cuestionario de visita de seguimiento

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha de hoy _____

Desde su última visita, tiene usted:	En caso afirmativo, explíquelo por favor:
¿Ha sido ingresado en un hospital o sala de emergencias?	
¿Has sido diagnosticado con alguna condición nueva?	
¿Se hicieron radiografías, sangre u otras pruebas?	

Desde su última visita a nuestra oficina, ¿ha tenido alguno de estos problemas?

General		Tos	Neurológico
	Cambio de peso		Pérdida de memoria
	Fiebre	Gastrointestinal	Estremecimiento
	Resfriado	Dolor abdominal	Entumecimiento
	Fatiga	Náusea	Debilidad muscular
	Pobre sueño	Vomitando	Temblores
		Acidez	Pobre equilibrio
Ojos		Estreñimiento	
	Visión borrosa	Diarrea	Psiquiátrico
	Pérdida de visión		Nerviosismo
		Genitourinario	Tristeza
Cabeza y cuello		Micción frecuente	Cambios de humor
	Dolor de cabeza	Dolor al orinar	
	Infecciones de oído	Vacilación	Endocrino
	Infecciones de los senos		Sed excesiva
	Dolor de garganta	Musculoesquelético	Sensible al calor
		Dolor en las articulaciones	Sensible al frío
Cardiovascular		Dolor de cuello o espalda	
	Dolor de pecho	Dolor en el brazo o la pierna	Sangre
	Latidos rápidos		Glándulas hinchadas
	Apagones	Piel y cabello	Sangría
		Erupción cutánea	
Respiratorio		Comezón	Inmunológico
	Falta de aliento	Perdida de cabello	Resfríos frecuentes
	Sibilancias		