

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		