

# Herramienta para preparar la cita con tu médico

Nombre de mi médico: \_\_\_\_\_

Localización de la clínica: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de mi cita: \_\_\_\_\_



## Antes de la cita, Tú puedes...



Llamar a la oficina de tu médico y pregunta sobre los **tiempos de espera**.



Traer a un **amigo(a), familiar o intérprete** a tu cita.



Anotar los **medicamentos** que usas, los **síntomas** y las **dudas** que tengas. Trae tus notas a tu cita.



Llamar a la oficina de tu médico para informarles en caso de que **no puedas asistir a la cita**.

¿Necesito llevar algo a mi cita?



Medicamentos: \_\_\_\_\_

Papelería/Registros médicos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## En la cita



Es probable que **esperes** antes de ver a tu médico y que tengas que **rellenar formatos de papelería**.



La enfermera puede hacer algunas **mediciones**, como la presión arterial, la talla y el peso.

¿Tienes alguna pregunta para tu doctor?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

## Después de tu cita, Tú puedes...



Pedirle al personal de la clínica que te anote la información que necesites.



Programar tu cita de seguimiento con la/el recepcionista.



Programar tus laboratorios de seguimiento en un laboratorio.



Preguntar si tu seguro cubre el costo de los medicamentos.



Consultar resultados de laboratorio e historial de vacunación en línea en **My Health Records**.



Llamar al **Healthlink (811)** para preguntar si necesitas visitar el hospital.

¿Qué debes hacer después de tu cita?

\_\_\_\_\_

# ¿Porqué estás visitando a tu médico?

## ¿Cómo te sientes?

1. ¿Puedes describir lo que está pasando? \_\_\_\_\_
2. ¿Porqué crees que esté pasando esto? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo empezó esto? \_\_\_\_\_ ¿Por cuanto tiempo ha estado pasando? \_\_\_\_\_
4. ¿Es la primera vez que te pasa esto?  Sí  No
5. ¿Hay algo que te haga sentir mejor?  Sí  No \_\_\_\_\_
6. ¿Hay algo que lo empeore?  Sí  No \_\_\_\_\_

## ¿Haz notado alguno de los siguientes cambios?



### GENERAL

1. Dolor:  Sí  No
2. Cansancio:  Sí  No
3. Perdida de peso:  Sí  No
4. Fiebre:  Sí  No
5. Dificultad para dormir:  Sí  No
6. Cambios en la piel:  Sí  No
7. Sangrado:  Sí  No
8. Cambios en la menstruación:  Sí  No



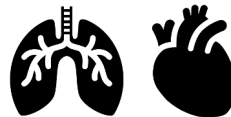
### ÁNIMO & PENSAMIENTO

1. Olvidar cosas a menudo:  Sí  No
2. Sentir tristeza/infelicidad:  Sí  No
3. Sentir preocupación:  Sí  No



### DIGESTIÓN

1. Dificultad para tragar:  Sí  No
2. Náusea/Vomito:  Sí  No
3. Cambios en la orina:  Sí  No
4. Cambios en la popo:  Sí  No



### RESPIRACIÓN Y CORAZÓN

1. Dolor de pecho:  Sí  No
2. Tos:  Sí  No
3. Dificultad para respirar:  Sí  No
4. Latidos rápidos del corazón:  Sí  No

### OTROS

\_\_\_\_\_

## ¿Alguna vez haz tenido alguno de los siguientes?

¿Condiciones médicas crónicas?  Sí  No

Si sí. ¿Qué condición(es) médica(s) tienes (ej. Presión alta, enfermedades del corazón)?

¿Hospitalizaciones?  Sí  No ¿Cuál fué la razón? \_\_\_\_\_

¿Haz viajado durante el ultimo año?  Sí  No ¿A donde? \_\_\_\_\_

¿Alergias a algún medicamento?  Sí  No ¿A qué? \_\_\_\_\_

¿Tienes empleo actualmente?  Sí  No

¿Quién te puede apoyar en casa? \_\_\_\_\_

