

Post Op/Follow up Visit

(Pos Operación/Consulta de Seguimiento)

First Name (Nombre)

Last Name (Apellido)

Date of Birth (Fecha de nacimiento)

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!

Estimado Paciente,

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!

Height (Estatura): _____ **Weight** (Peso): _____ **Pharmacy** (Farmacia): _____

REVIEW OF SYSTEMS (REVISIÓN DE SISTEMAS)

Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No	Diagnosis (Diagnóstico)	Yes (Sí)	No
Fever (Fiebre)			Joint Swelling (Inflamación de las articulaciones)			Dry Mouth (Sequedad en la boca)		
Unusual Weight Loss (Pérdida de peso)			Rash (Erupción en la piel)			Heartburn/Ulcers (Acidez estomacal ó úlceras)		
Weight Gain (Aumento de peso)			Skin Infections (Infecciones de la piel)			Diarrhea (Diarrea)		
Fatigue (Fatiga)			Vision Loss (Perdida de la vision)			Constipation (Estreñimiento)		
Depression (Depresión)			Blurring of vision (Visión borrosa)			Frequent Urination (Orinar con frecuencia)		
Sleep Disturbances (Trastornos del sueño)			Dry eyes (Resequedad en los ojos)			Recurrent Urinary Tract Infections (Infecciones en el tracto urinario recurrentes)		
Joint Pain (Dolor en las articulaciones)			Hearing Loss (Pérdida de audición)			Decreased Strength (Disminución de la fuerza)		
Bruising (Hematomas)			Decreased range of motion (Disminución del rango de movimiento)			Chest Pain (Dolor de pecho)		
Drainage (Drenaje)			Numbness of Extremities (Entumecimiento de las extremidades)			Cough (Tos)		
Leg Swelling (Hinchazón de las piernas)			Shortness of Breath (Falta de aliento)			Temperature change in the extremity (Cambio de temperatura en la extremidad)		
Pain (Dolor)			Comments (Comentarios):					