



**Cuestionario para pacientes (complete hasta la línea roja)** Patient Questionnaire (complete up to the red line)

Nombre (Name): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (DOB): \_\_\_\_\_

Número de teléfono (Phone number): \_\_\_\_\_ Fecha de hoy (Today's Date): \_\_\_\_\_

La Alergia (Allergies): \_\_\_\_\_ La Farmacia (Pharmacy): \_\_\_\_\_

Medicamentos (Medications): \_\_\_\_\_

**Por favor, rodee sus síntomas a continuación: (Please circle your symptoms below)**

**General:** Fiebre (Fever) Fatiga (Fatigue) Cuerpo dolor (Body aches) Resfrío (Chills)

Sarpullido (Rash)

Jaqueca (Headache)

Mareos (Dizziness)

**Oído Nariz Garganta (ENT):** Dolor de oído (Ear pain) Pérdida de audición (Hearing loss) Ojos rojos/drenaje (Red eye/drainage)

Dolor de garganta (Sore throat) congestión/presión (Congestion/pressure) Cambio en el olor (Change in smell)

**Respiratorio (Respiratory):** TOS (Cough) Dificultad para respirar (Shortness of breath) Sibilancia (Wheezing)

Pecho (Chest)

Congestión/Presión (Congestion/Pressure)

**GI:** Náuseas (Nausea) Vómito (Vomiting) Diarrea (Diarrhea) Estreñimiento (Constipation)

Dolor abdominal (Abdominal Pain)

Cambio en el apetito (Change in appetite)

**Urinario (Urinary):** Arde (Burning) Urgencia (Urgency) Frecuencia (Frequency) Dribbling

Sangre en la orina (Blood in urine)

Descargar (Discharge)

**Otro (Other):**

¿Cuánto tiempo ha tenido estos síntomas? (How long have you had these symptoms?)

**FOR STAFF USE ONLY:**

New Patient/Existing Patient Prompt Pay/Insurance Amount Due: \_\_\_\_\_

T: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ O2 sat: \_\_\_\_\_ Wt: \_\_\_\_\_ CV: \_\_\_\_\_

Medical History: \_\_\_\_\_

Social History: \_\_\_\_\_

Surgical History: \_\_\_\_\_

Orders: