

## Cómo prepararse para la cita con su médico

Su médico solo dispone de unos 15 minutos para su cita.  
Este formulario lo ayudará a prepararse para que pueda obtener respuestas a sus preguntas.



### **PREGUNTAS** – Quiero hablar con mi médico sobre estas inquietudes:

*(Haga una lista en orden de prioridad. Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio).*

Preocupación #1 \_\_\_\_\_

Preocupación #2 \_\_\_\_\_



### **SÍNTOMAS** – Tengo estos síntomas:

*(Utilice otra hoja de papel si tiene más síntomas).*

Síntoma: \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó? \_\_\_\_\_

¿Es constante, o *va y viene*? \_\_\_\_\_

¿Qué lo alivia o empeora? \_\_\_\_\_



### **MIS CIRCUNSTANCIAS** – Algunos detalles sobre mi vida que podrían afectar mi salud:

Su médico puede hacerle algunas preguntas personales sobre su vida para brindarle la mejor atención posible. Por ejemplo, el médico puede preguntar:

- ¿Dónde vive?
- ¿Qué come?
- ¿Duerme bien?
- Tipo de actividades (trabajo, intereses)
- ¿Fuma, toma alcohol o usa drogas?
- Relaciones importantes

Responda lo más honestamente posible. Si prefiere no contestar, dígaselo a su médico.



### **OTRAS PREOCUPACIONES** – Tengo estas preocupaciones adicionales:

Su salud afecta otras partes de su vida y su vida afecta su salud. Informe al médico si tiene algún estrés importante (como pérdida de trabajo, divorcio, estrés por la atención médica, muerte de un ser querido, etc.). Su médico puede hacerle preguntas personales; no le está faltando el respeto, solo quiere brindarle la mejor atención médica.

---

---

---



## ALERGIAS – Tengo las siguientes alergias:

(Utilice otra hoja de papel si tiene más alergias).

Alergia	Reacción



## MEDICAMENTOS – Estoy tomando estos medicamentos:

Su médico necesita saber todos los medicamentos que está tomando. Prepare una lista y llévela consigo a su cita (medicamentos recetados, gotas para los ojos, vitaminas, suplementos, laxantes y hierbas). Su médico le preguntará con qué frecuencia toma cada medicamento, cualquier alergia o reacción a ellos, qué medicamentos funcionan mejor y el nombre y dirección de su farmacia.

(Use otra hoja de papel si toma más medicamentos).

Nombre del medicamento	Concentración/ Dosis	Con qué frecuencia	Razón para tomarlo

Nombre, teléfono y dirección de su farmacia: \_\_\_\_\_



## ANTES DE SALIR DEL CONSULTORIO – ¿Tengo toda la información importante?

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Opciones de tratamiento: \_\_\_\_\_

Nuevo medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Cuándo tomarlo: \_\_\_\_\_

Motivo del medicamento \_\_\_\_\_ Posibles efectos secundarios: \_\_\_\_\_

Farmacia donde lo recogeré: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de la próxima cita: \_\_\_\_\_

Referencias a especialistas, análisis, y cuándo espero obtener resultados de ellos \_\_\_\_\_

Cómo comunicarme con mi médico y su personal (durante y después de horas de trabajo): \_\_\_\_\_