

* En cada cita de seguimiento, el formulario debe llenarse completamente, incluyendo TODOS LOS MEDICAMENTOS DE VENTA CON Y SIN RECETA.

Favor de entregarle este formulario a la enfermera o auxiliar médico(a) en el cuarto de exploración

'Specially For Children, Gastroenterología Pediátrica

Rahel Berhane, MD
David Easley, MD
Sujal Rangwalla, DO
Kathleen Sanders, MD
R. Jeff Zwiener, MD

CITA DE SEGUIMIENTO:

Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Médico que lo remite: _____ Dirección: _____

Médico primario/Pediatra actual: _____

1) ¿Ha estado hospitalizado o ha estado en la sala de urgencias su hijo desde la última cita?

No _____ Sí _____ Explique con detalles: _____

2) Haga una lista de **Todos** los medicamentos que toma su hijo diariamente

MEDICAMENTOS/ VITAMINAS/SUPLEMENTOS	¿CONCENTRACIÓN?	¿CUÁNTO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA?

¿ALGUNA DIETA ESPECIAL?

3) ¿Ha tenido su hijo alguna intolerancia o reacción adversa a algún tratamiento recomendado por este consultorio? No _____ Sí _____ Explique con detalles:

4) Por favor haga una lista de otros médicos que han visto a su hijo desde la última cita.