

Name (Nombre): _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____

Primary Care Doctor/Provider (Médico de atención primaria): _____

**To better assist your Medical Team with your appointment today, please review the following questions.
Por favor ayude a su equipo de salud a darle una mejor atención, contestando las siguientes preguntas.**

**Answer YES for any symptoms that you are CURRENTLY experiencing.
Responda "Sí" a cualquier síntoma que esté experimentando ACTUALMENTE.**

Changes in daily activity? <i>¿Cambios en sus actividades diarias?</i>	YES	NO
Changes in appetite? <i>¿Cambios en su apetito?</i>	YES	NO
Fatigue/More tired than usual? <i>¿Fatiga/Más cansado(a) de lo normal?</i>	YES	NO
Unexpected changes in your weight? <i>¿Cambios inesperados en su peso?</i>	YES	NO
Trouble swallowing? <i>¿Problemas para pasar saliva?</i>	YES	NO
Have you ever been diagnosed with sleep apnea? <i>¿Alguna vez le han diagnosticado apnea del sueño?</i>	YES	NO
Tightness in your chest? <i>¿Opresión en el pecho?</i>	YES	NO
Unexplained coughing? <i>¿Tos repentina?</i>	YES	NO
Shortness of breath? <i>¿Dificultad para respirar?</i>	YES	NO
Wheezing in your lungs? <i>¿Sibilancia en los pulmones?</i>	YES	NO
Chest pain? <i>¿Dolor de pecho?</i>	YES	NO
Swelling in your lower legs, ankles, or feet? <i>¿Hinchazón en la parte inferior de las piernas, los tobillos, o los pies?</i>	YES	NO
Palpitations or a flutter in your chest from your heart? <i>¿Palpitaciones o taquicardia en su pecho cerca de su corazón?</i>	YES	NO
Abdominal swelling? <i>¿Hinchazón abdominal?</i>	YES	NO

Continued on back (continue al reverso)

Abdominal pain? <i>¿Dolor abdominal?</i>	YES	NO
Nausea? <i>¿Nausea?</i>		
Increased thirst? <i>¿Aumento de sed?</i>	YES	NO
Frequent urination? <i>¿Orina frecuentemente?</i>	YES	NO
Any unsteadiness on your feet? <i>¿Alguna inestabilidad en sus pies?</i>	YES	NO
Dizziness? <i>¿Mareo?</i>	YES	NO
Headaches? <i>¿Dolores de cabeza?</i>	YES	NO
Light-headedness? <i>¿Aturdimiento?</i>	YES	NO
History of passing out or fainting? Known as syncope. <i>¿Historial de desmayos? Conocido como síncope.</i>	YES	NO
Generalized weakness? <i>¿Debilidad en general?</i>	YES	NO
Are you bleeding or bruising more easily? <i>¿Sangra o le salen moretones fácilmente?</i>	YES	NO

Please give this document to your Medical Assistant
Por favor entregue este documento a su asistente médico