

Visitas al consultorio: ¿cómo prepararse?

Asegúrese de que los profesionales de atención médica cuenten con toda la información necesaria para ayudarlo. Antes de cada visita al consultorio, hágase las siguientes preguntas.

| Desde la última visita: | / / | / / | / / | / / |
|---|--|--|--|--|
| ¿Los síntomas mejoraron o empeoraron? | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Tuve algún problema para tomar los medicamentos de acuerdo con las indicaciones? | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿He realizado cambios en el plan de tratamiento? | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Los medicamentos me provocaron efectos secundarios? | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Me sentí “deprimido” o “abatido” en algún momento? | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Cambié mi vida de algún modo (para mejor o peor)? | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Realicé progresos para alcanzar las metas del tratamiento? | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Tuve dificultades para pagar el costo de los medicamentos? | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | S N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Responda estas preguntas y lleve las respuestas en la próxima visita al consultorio.

Preguntas sobre medicamentos:
