

# 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"/>
¿Cambió 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:

---



---