



Mi Próxima Consulta

NOMBRE Y APELLIDO: _____ **EDAD:** ____ **PRONOMBRES:** _____

VENGO A LA CONSULTA POR:

(Intenta rellenar con muy pocas palabras, por ejemplo: DOLOR DE CABEZA ALREDEDOR DE MIS OJOS CUANDO TRABAJO MUCHAS HORAS SEGUIDAS. Prioriza lo que afecta más a tu vida)

TENGO ESTE PROBLEMA DESDE:

(Trata de ser específica con el tiempo, por ejemplo: desde hace 2 meses; explica si ha sido permanente o no y si has notado qué lo desencadena o lo atenúa, si mejora con medicación)

HE SIDO VISITADA AL RESPECTO POR:

(Si has ido a algún otro profesional, recopila los informes que tengas y llévalos adjuntos a esta plantilla. De lo contrario, enumera simplemente quiénes te han visitado, cuándo y qué te han dicho)

TENGO LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:

(Nombra tu Neurodivergencia, situación de salud mental o física)

TOMO LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS A DIARIO:

(Incluye suplementos, precisa dosis, nombres y por qué tomas cada medicamento)

EN MI FAMILIA HAY ESTOS ANTECEDENTES:

(Incluye a tus padres, abuelos, hermanos y a cualquiera con una historia parecida a la tuya)

MIS SÍNTOMAS HAN SIDO:

(Detalla: intensidad, fecha de inicio, frecuencia, lo que más te preocupa o extraña)

PIENSO QUE PUEDO TENER:

(Si has escuchado o investigado algo sobre tus síntomas, o si otro profesional te ha dicho algo)

MI OBJETIVO EN ESTA CONSULTA ES:

(Si quieres una explicación, ser estudiada, alguna recomendación, medicación, ser derivada...)

PETICIONES ESPECIALES:

(Que me acompañe una enfermera, que dejen pasar a mi acompañante, que si tenemos que hacer alguna prueba la programemos para una próxima fecha, que no me informen mi peso...)

*Si tienes dudas y tú o tu Médico desean comunicarse con el Equipo que lleva tu Salud pueden hacerlo a través de medicinatudela@gmail.com.
Que tengas una buena Consulta!*