(FECHA) DATE: _____/_____/_____

ANTHONY S. BORCICH, M. D., P. C.
800A FIFTH AVE., SUITE 206
NEW YORK, N.Y. 10065
(212) 722-8400

PATIENT SYMPTOM SURVEY
(ENCUESTA DE SINTOMAS DEL PACIENTE)

PATIENT NAME: _____
(NOMBRE)

ARE THERE ANY CHANGES IN MEDICATION SINCE LAST VISIT? YES NO
(HAY ALGUN CAMBIO EN LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA
TOMANDO DESDE LA ULTIMA VISITA?) SI NO

IF YES, PLEASE LIST CHANGES:
(EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA SI, ESCRIBA LOS CAMBIOS):

_____
_____
_____
_____

ARE YOU CURRENTLY HAVING (OR RECENTLY HAD) ANY OF THE FOLLOWING? (CIRCLE ALL THAT APPLY) (USTED TIENE, O TUVO RECIENTEMENTE, ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS?, [ENCIERRE LA OPCION QUE APLIQUE])
HEADACHES? SINUS PROBLEMS? SNORING? NOSE BLEEDS? (DOLORES DE CABEZA? PROBLEMAS DE SINUSITIS? RONCA? SANGRA DE LA NARIZ?)
COUGH, SHORTNESS OF BREATH, WHEEZING/ASTHMA? (TOS? FALTA DE ALIENTO? SIBILANCIAS/ASMA?)
CHEST PAIN WHILE SITTING, OR WITH EXERTION SUCH AS WALKING UP HILL OR UP STEPS; HEART PALPITATIONS, RACING HEART BEAT OR IRREGULAR HEART BEAT? (DOLOR EN EL PECHO MIENTRAS ESTA SENTADO O SE CANSA MUY FACIL AL CAMINAR O AL SUBIR ESCALERAS, PALPITACIONES, SUS LATIDOS SE ACELERAN O SON IRREGULARES?)
HEARTBURN, DIFFICULTY SWALLOWING, SOUR TASTE, CHANGE OF APPETITE, WEIGHT LOSS OR GAIN, STOMACH PAIN, CHANGE IN BOWEL HABITS, ANY VISIBLE BLOOD IN STOOL OR ON BATHROOM TISSUE OR BLACK STOOL? (ACIDEZ, DIFICULTAD PARA TRAGAR, SABOR AMARGO, CAMBIOS EN EL APETITO, BAJO O SUBIO DE PESO, DOLOR ESTOMACAL, CAMBIOS EN SUS HABITOS INTESTINALES, SANGRE VISIBLE EN SUS HECES O EN EL PAPEL DE BAÑO, HECES DE COLOR NEGRO?)
DIFFICULTY WITH URINATION, INCREASED OR DECREASED FREQUENCY OR BURNING? (DIFUCULTAD PARA ORINAR, AUMENTO O DISMINUYO LA RECUENCIA, O HAY ARDOR AL ORINAR?)
CHANGE IN STRENGTH, BALANCE, COORDINATION, ABILITY TO WALK, MEMORY OR VISION PROBLEMS? (CAMBIOS EN LA FUERZA, BALANCE, COORDINACION, HABILIDAD PARA CAMINAR, PROBLEMAS CON LA MEMORIA O LA VISION?)