

TRAS COMPLETAR LA GUÍA

Talla

Peso

Fecha de visita

¿Qué medicamentos estás tomando actualmente?

¿Qué signos o síntomas nuevos te han APARECIDO desde la última visita?

¿Qué signos o síntomas te han DESAPARECIDO desde la última visita?

**¿Qué signos o síntomas SIGUEN IGUAL
desde la última visita?**

**¿Cuáles son las manifestaciones
que más te limitan o preocupan?**

¿Cómo afecta a tu día a día? Recuerda
ejemplos donde experimente dificultades.

**Otras consideraciones que quieras
tratar en la visita**