

**VISITA TELEFÓNICA**

**Datos del paciente**

Fecha : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N° de registro: \_\_\_\_\_ Nombre completo \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_ - Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_

**EXAMEN CLÍNICO**

No Si

Adhesión a medicación: Buena Regular Mala

Observaciones: \_\_\_\_\_

Efectos secundarios de la medicación: No Si Mialgias Digestivos Otros

Atribuido a: \_\_\_\_\_

Adhesión a ejercicio: Buena Regular Mala

Observaciones: \_\_\_\_\_

Adhesión a plan de alimentación: Buena Regular Mala

Observaciones: \_\_\_\_\_

Fuma: Si No

Definición de fuma: Si - si fumó en los últimos 6 meses  
No - si no fumó en los últimos 6 meses

Presión arterial > 130/80: Si No

Internación por motivo cardiovascular: Si No

Comentarios \_\_\_\_\_

FECHA DEL PRÓXIMO CONTROL MÉDICO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ mostrar

FECHA DE PRÓXIMA VISITA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ mostrar

**FECHA DE PRÓXIMA VISITA TELEFÓNICA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**