
Dr. Eli Gluzman MD.
Adult & Pediatric Urgent Care

Nombre: _____ Telefono: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Temp (Filled By Staff): _____

Presenta algún síntoma en este momento? (Marque todas las opciones que correspondan):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fibre (Mas de 38°C) | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Escalofrio | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Goteo Nasal | <input type="checkbox"/> Dolor de oido |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire | <input type="checkbox"/> Sarpullido |
| <input type="checkbox"/> Perdida de olfato | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Perdida de sabor | <input type="checkbox"/> Vomito |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Dolor o opresión en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Cambio de color en los dedos de los pies / de las manos |
| <input type="checkbox"/> Congestion | |

Describa brevemente el motivo de su visita:

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____