

Geetha M. Reddy, M.D. F.A.C.C.

Nombre : _____ Fecha de nacimiento:: _____ Doctor primario _____

¿Ha tenido alguno de estos síntomas relacionados con la visita de hoy? circule sí o no

Dolor en el pecho	Si / No	Sudores fríos y pegajosos	Si / No	Se despierta por la noche sin aliento	Si / No
Palpitaciones	Si / No	Desmayarse	Si / No		
Dolor en las pantorrillas al caminar	Si / No	Hinchazón en los pies	Si / No		
Aumento de peso	Si / No	Pérdida de peso	Si / No	Fiebre	Si / No
Cambios visuales	Si / No	Pérdida de la audición	Si / No		
Ronquidos	Si / No	Toser sangre	Si / No	Dificultad para respirar	Si / No
Náusea	Si / No	Reflujo ácido	Si / No	Sangre en las heces	Si / No
Sangre en la orina	Si / No	Orinar durante la noche	Si / No		
Mareo	Si / No	Pérdida de memoria	Si / No	Convulsiones	Si / No
Depresión	Si / No	Alucinaciones	Si / No		
Erupción	Si / No	Llagas en la piel	Si / No		
		Temblores	Si / No		
Dolor en las articulaciones	Si / No	Dolores musculares	Si / No		

¿Ha recibido la vacuna de Covid-19? _____

¿Ha estado hospitalizado desde la última visita? Si es así, donde?

¿Nombre farmacia que usa? _____

1880 W. Winchester Rd., Ste 207
Libertyville, IL – 60048

15 Tower Ct, Ste 210
Gurnee, IL 60031

3021 Falling Waters Blvd , Ste C
Lindenhurst, IL 60046

Phone (847) 816-3703 Fax (847) 816-4534