



FECHA: _____

MIS DATOS

CONTACTOS DEL HOSPITAL

Hospital

Teléfono

• Mi médico especialista:

.....
.....

• Mi enfermera tutora o de referencia:

.....
.....

• Mi farmacéutico del hospital:

.....
.....

CONTACTOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Centro AP

Teléfono

• Mi médico de familia:

• Mi enfermera de familia:

OTROS

Nombre

Teléfono

Nombre

Teléfono

Nombre

Teléfono

¿Qué ha ocurrido durante el mes? ¿Cómo me he sentido?

¿Qué medicamentos he tomado a lo largo del mes y qué otros productos (complementos alimentarios, vitaminas, aceites esenciales) he utilizado?

¿Qué efectos de mi enfermedad o por el tratamiento he experimentado?

Preguntas para mi próxima cita: