



Anticoagulation Clinic Health Assessment Form

1000 Sutter Street
Yuba City, CA 95991
(530) 673-9420

DRAW DATE: REFERRING PHYSICIAN:

PATIENT NAME: DATE OF BIRTH:

- CARE HOME LAB VISIT HOME HEALTH CLINIC VISIT

Patient Questionnaire

WHAT DOSE OF COUMADIN DID YOU TAKE THIS PAST WEEK:

Sun mg Mon mg Tue mg Wed mg Thu mg Fri mg Sat mg

Please Circle One

- 1. Have you missed any Coumadin Doses? (If yes, dates missed): yes no
2. Have you had any unusual bruising or bleeding? (If yes, specify) yes no
3. Have you had any major dietary changes? (If yes, specify) yes no
4. Have you had any recent falls, hitting head, dizziness, weakness? (If yes, specify) yes no
5. Have you started any new medications? yes no
6. Do you have any upcoming procedures? (If yes, specify) yes no
7. Have you had any recent hospitalizations? (If yes, specify) yes no

Patient Signature:

DATE:

Staff Signature:

DATE:



Formulario de Evaluacion de salud de Anticoagulation Clinica

Fecha de Sorteo _____ Medico Remitente _____

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Hogar de cuidado visita de Laboratorio Salud en casa visita de clinica

Cuestionario de Paciente

Que dosis de Coumadin te tomastes esta semana:

Dom ___mg Lun ___mg Mar ___mg Jue ___mg Vier ___mg Sab ___mg

Por favor, haga un circulo en uno

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Ha perdido algun dosis de Coumadin? (Si afirmativo, apunta las fechas perdidas) | SI | NO |
| 2. Ha sangrado o tenido algun moretone raro? (Si afirmativo, especifique) | SI | NO |
| 3. Ha tenido cualquier cambios importantes en la dieta? (Si afirmativo, especifique) | SI | NO |
| 4. Ha tenido cualquier recientes caidas, golpesos en la cabeza, mareos, o debilidad?
(Si afirmativo, especifique) | SI | NO |

5. Han comenzado nuevos medicamentos (Si afirmativo, especifique) SI NO

6. Tiene procedimientos próximios? (Si afirmativo, especifique) SI NO

Fecha: _____ Tendran Coumadin? _____

7. Ha tenido cualquier hospitalizaciones recientes? (Si afirmativo, especifique) SI NO

Fecha: _____ Motivos: _____

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

Firma de personal: _____

Fecha: _____