



491 Amwell Road,
Building 2, Suite 200,
Hillsborough, NJ 08844

Comprehensive Lung Care

Haritha Potluri MD, FCCP

www.mylungdoctor.net

Phone: 732-719-2222 Fax: 732-719-2224

1440 How Lane

Suite 2D

North Brunswick, NJ 08902

List your current medications:

Pharmacy: _____

Address: _____

Mail Order pharmacy: _____

System Review: (Please check all that apply)

- | | | |
|---|---|--|
| <p>ENT:</p> <p>_____ Difficulty hearing</p> <p>_____ Earache</p> <p>_____ Nasal drainage</p> <p>_____ Nosebleeds</p> <p>_____ Persistent hoarseness</p> <p>_____ Sore throats</p> <p>_____ Sinus Infections</p>
<p>Eyes:</p> <p>_____ Wear glasses</p> <p>_____ Impaired vision</p> <p>_____ Irritation of eyes</p> <p>_____ Watering of eyes</p>
<p>Cardiac:</p> <p>_____ Chest pain</p> <p>_____ Irregular heartbeat</p> <p>_____ High blood pressure</p> <p>_____ Leg swelling</p> <p>_____ Palpitation</p> <p>_____ SOB while walking</p>
<p>Endocrine:</p> <p>_____ Hormonal problems</p> <p>_____ Bulging eyes</p> | <p>Gastrointestinal:</p> <p>_____ Poor appetite</p> <p>_____ Difficulty swallowing</p> <p>_____ Nausea or vomiting</p> <p>_____ Heartburn</p> <p>_____ Abdominal pain</p> <p>_____ Constipation</p> <p>_____ Bloody/Black stools</p> <p>_____ Diarrhea</p>
<p>Genitourinary:</p> <p>_____ Getting up more than once</p> <p>_____ a night to urinate</p> <p>_____ Difficulty urinating</p> <p>_____ Trouble emptying bladder</p> <p>_____ Blood in urine</p>
<p>Psychiatric:</p> <p>_____ Anxiety/Panic attacks</p> <p>_____ Feeling depressed</p> <p>_____ Bad headaches</p> <p>_____ Blackout spells</p> <p>_____ Seizures</p> <p>_____ Numbness or tingling</p> <p>_____ Poor balance</p> <p>_____ Weakness or paralysis</p> | <p>Respiratory:</p> <p>_____ Shortness of breath</p> <p>_____ Wheezing</p> <p>_____ Sputum Production</p> <p>_____ Cough up blood</p> <p>_____ Daily cough</p> <p>_____ Frequent colds</p>
<p>Neurological:</p> <p>_____ Bad headaches</p> <p>_____ Blackout spells</p> <p>_____ Seizures</p> <p>_____ Numbness or tingling</p> <p>_____ Poor balance</p> <p>_____ Weakness or paralysis</p>
<p>Skin:</p> <p>_____ Pain</p> <p>_____ Itching</p> <p>_____ Growth/lesion</p> <p>_____ Skin cancer</p> <p>Where? _____</p>
<p>Immune system:</p> <p>_____ Multiple infections</p> <p>_____ Immune deficiency</p> <p>_____ Seasonal allergies General:</p> <p>_____ Fatigue</p> <p>_____ Fever or sweats</p> <p>_____ Weight loss? Amount _____</p> <p>_____ Weight gain? Amount _____</p> |
|---|---|--|

Patient's Name: _____

Patient's Signature: _____