

ANTECEDENTES MEDICOS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Latidos cardiacos anormales | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fractura de cadera |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Endurecimiento de las arterias | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Derrames cerebrales |

Antecedentes médicos adicionales

Cirugías/Fechas

_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____
_____	____/____/____

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del cuidador _____

Relación con el paciente _____

Número de teléfono de casa del cuidador _____ () _____ -
Número de teléfono alternativo del cuidador _____

INFORMACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

1) Admisión ____/____/____ Alta ____/____/____

Motivo de la hospitalización _____

2) Admisión ____/____/____ Alta ____/____/____

Motivo de la hospitalización _____

3) Admisión ____/____/____ Alta ____/____/____

Motivo de la hospitalización _____

4) Admisión ____/____/____ Alta ____/____/____

Motivo de la hospitalización _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Dirección

Número de teléfono de casa

Número de teléfono alternativo

Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre del médico de atención primaria

Número de teléfono

Médicos de otras especialidades

Nombre del médico

Número de teléfono

Nombre del médico

Número de teléfono

Seguro

Nombre del farmacia

Número de teléfono

Documento de voluntades anticipadas (Marque las que correspondan.)

Testamento en vida Poder para la atención médica Orden de no resucitar

Nombre del Apoderado para la atención médica _____

Donante de órganos Sí No

Número de teléfono

SIGNOS DE ALERTA

META(S) DE SALUD PERSONAL(ES)

Para un mejor manejo de mi salud y mis medicamentos yo:

- Llevaré este Registro personal de salud conmigo a donde quiera que vaya, incluyendo TODAS las visitas al doctor y futuras hospitalizaciones.
- Llamaré a mi doctor si tengo alguna pregunta acerca de mis medicamentos o si deseo cambiar el modo en que tomo mis medicamentos.
- Hablaré con mi doctor acerca de TODOS los medicamentos que estoy tomando, incluyendo las fórmulas de hierbas, las vitaminas y los fármacos sin receta médica.
- Actualizaré la sección de Registro de medicamentos en este Registro personal de salud si hubiese ALGÚN cambio en mis medicamentos.
- Haré preguntas, de modo que sabré por qué estoy tomando cada medicamento.
- Haré preguntas, de modo que sabré cuánto, cuándo y durante cuánto tiempo tomaré cada medicamento.
- Preguntaré acerca de los posibles efectos secundarios de los medicamentos para estar atento y saber qué hacer si noto alguno.



Este material es una adaptación del Registro personal de salud desarrollado por el Dr. Eric Coleman, la UCHSC, HCPR y preparado por la IPRO, la Organización para el mejoramiento de la calidad de Medicare en Nueva York, bajo contrato con los Centros para los servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. El contenido no necesariamente refleja la política de los CMS. 10S0W-NY-Aim8-13-07

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Elderplan/Homefirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Registro personal de salud

Este Registro personal de salud pertenece a

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con

1) _____ () _____ -
Nombre del médico de atención primaria Número de teléfono

Estoy recibiendo servicios de cuidados a domicilio de

1) _____ () _____ -
Nombre de la Agencia de atención médica a domicilio Número de teléfono 24 horas/7 días

Otros servicios comunitarios que estoy recibiendo

2) _____ () _____ -
Nombre del servicio Número de teléfono

3) _____ () _____ -
Nombre del servicio Número de teléfono

RECUERDE llevar este Registro personal de salud a todas sus visitas al hospital y al doctor.

