

Mi plan de atención médica

Anexar
mi
foto

Sobre mí

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Seguro médico _____

Grupo sanguíneo _____

Mi persona de apoyo

Nombre _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

Mis afecciones

Discapacida-
des u otras
afecciones
médicas:

Instrucciones
de cuidado
especial:

continúa al reverso

Para comunicarme: (marque todas las que correspondan)

- | | |
|--|---|
| ☐ Hablo | ☐ Escribo a mano o máquina |
| ☐ Uso lenguaje de señas | ☐ Uso un dispositivo |
| ☐ Señalo palabras | ☐ Señalo imágenes |
| ☐ Uso gestos/el cuerpo | |

Otras formas de
comunicarme:

Entiendo
estos
idiomas

Páginas interiores:

Perfil médico

Mi equipo/mis dispositivos 3

Alergias..... 3

Vacunas..... 3

Farmacias..... 3

Medicamentos 4

Médicos/proveedores 5

Antecedentes quirúrgicos..... 5

Perfil personal

Instrucciones anticipadas..... 6

A quién consultar sobre mi salud..... 6

Ayuda que necesito..... 6

Cómo me expreso 6

Mis fortalezas..... 7

Mis debilidades..... 7

Con quién comunicarse sobre
mi mascota o animal de servicio.. 7

mis comestibles/preparación
de comidas..... 7

Use el espacio siguiente para proporcionar más información sobre sus discapacidades/afecciones médicas:

Use el espacio siguiente para proporcionar más instrucciones de cuidado especial:

Perfil médico

Mis equipos/dispositivos (marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Aparatos ortopédicos | ☐ Dispositivos de comunicación | ☐ Silla de ruedas | ☐ Dispositivo para escribir |
| ☐ Audífonos | | ☐ Anteojos | |
| ☐ Dispositivo para leer | ☐ Oxígeno en el hogar | ☐ Bomba para insulina | ☐ Otro |
| ☐ Andador/bastón | ☐ Animal de servicio | ☐ Aspiración | |

Alergias

Tipo

Alimentos

Medicamentos

Otro

Reacciones/síntomas

* Dieta especial:

En caso afirmativo, explique a continuación:

- ☐ Sí _____
- ☐ No _____

Vacunas recibidas

- | | |
|--|--|
| ☐ COVID-19 (completamente vacunado/a) | ☐ COVID-19 (parcialmente vacunado/a) |
| ☐ Varicela | ☐ Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP) |
| ☐ Haemophilus influenzae (gripe) tipo b | ☐ Gripe (temporada actual) |
| ☐ Sarampión, paperas, rubéola, (triple vírica, MMR) | ☐ Polio (IPV) (entre 6 y 18 meses) |
| ☐ Neumocócica (PCV) | ☐ Hepatitis A (HepA) |
| ☐ Hepatitis B (HepB) | |

Otras vacunas:

Farmacias

Nombre _____	Nombre _____
Dirección _____	Dirección _____
Teléfono _____ Fax _____	Teléfono _____ Fax _____

Perfil médico

Medicamentos

Nombre del medicamento: _____ Dosis y frecuencia: _____

Cómo lo tomo: _____ Por qué lo tomo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis y frecuencia: _____

Cómo lo tomo: _____ Por qué lo tomo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis y frecuencia: _____

Cómo lo tomo: _____ Por qué lo tomo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis y frecuencia: _____

Cómo lo tomo: _____ Por qué lo tomo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis y frecuencia: _____

Cómo lo tomo: _____ Por qué lo tomo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis y frecuencia: _____

Cómo lo tomo: _____ Por qué lo tomo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis y frecuencia: _____

Cómo lo tomo: _____ Por qué lo tomo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis y frecuencia: _____

Cómo lo tomo: _____ Por qué lo tomo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis y frecuencia: _____

Cómo lo tomo: _____ Por qué lo tomo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis y frecuencia: _____

Cómo lo tomo: _____ Por qué lo tomo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis y frecuencia: _____

Cómo lo tomo: _____ Por qué lo tomo: _____

Perfil médico

Médicos/proveedores

Nombre: _____ Nombre: _____
Especialidad: _____ Especialidad: _____
Teléfono: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Nombre: _____
Especialidad: _____ Especialidad: _____
Teléfono: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Nombre: _____
Especialidad: _____ Especialidad: _____
Teléfono: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Nombre: _____
Especialidad: _____ Especialidad: _____
Teléfono: _____ Teléfono: _____

Antecedentes quirúrgicos

(Comience con la intervención más reciente)

Tipo: _____ Tipo: _____
Cuándo: _____ Cuándo: _____

Tipo: _____ Tipo: _____
Cuándo: _____ Cuándo: _____

Tipo: _____ Tipo: _____
Cuándo: _____ Cuándo: _____

Tipo: _____ Tipo: _____
Cuándo: _____ Cuándo: _____

Perfil personal

Instrucciones anticipadas

☐ Firmé un documento de instrucciones anticipadas de atención médica, designé a un apoderado para asuntos médicos y le di a esa persona una copia de las instrucciones anticipadas.

Mi apoderado para asuntos médicos es:

☐ No tengo instrucciones anticipadas de atención médica, pero quiero nombrar a alguien para que sea mi sustituto en la toma de decisiones de atención médica.

Mi sustituto en la toma de decisiones de atención médica es:

Con quién comunicarse sobre mi salud:

(ejemplos: ayudantes, familiar, vecino o amigo)

Necesito ayuda para:

(marque todo lo que corresponda) ☐ Comer ☐ Beber ☐ Asearme ☐ Ir al baño ☐ Vestirme

Otras cosas con

las que necesito ayuda:

Cómo me expreso:

Me podría molestar lo siguiente: (ejemplos: ruidos, luces, que me toquen, olores, mascarillas)

Si estoy angustiado/a o estresado/a, lo siguiente me ayuda a sentirme mejor:

Si estoy herido/a o enfermo/a, lo siguiente me ayuda a sentirme mejor:

Si tengo dolor, lo expreso de la siguiente manera:

Perfil personal

Mis fortalezas:

(lo que se me hace fácil o algo que me enorgullece):

Mis debilidades:

(ejemplos: comunicación, alimentación, aprendizaje, movilidad, social, energía, comportamiento):

Con quién(es) comunicarse sobre mi mascota o animal de servicio:

(ejemplos: familiar, ayudante, vecino o amigo. Incluya los nombres y teléfonos.)

Con quién(es) comunicarse sobre mis comestibles y preparación de alimentos:

(ejemplos: familiar, ayudante, vecino o amigo. Incluya los nombres y teléfonos.)



UNIVERSITY OF DELAWARE
**CENTER FOR
DISABILITIES STUDIES**

University of Delaware, College of Education
and Human Development, 461 Wyoming Road,
Newark, DE 19716 • 302-831-6974 • 302-831-4689
TDD • cds.udel.edu



Developmental Disabilities Council, Margaret
M. O'Neill Building, Suite 2, 410 Federal Street,
2nd Floor, Dover, DE 19901 • 302-739-3333
302-739-2015 TDD • ddc.delaware.gov

Mis fortalezas (continuación):

Mis debilidades (continuación):

Con quién(es) comunicarse sobre mi mascota o animal de servicio(continuación):

**Con quién(es) comunicarse sobre mis comestibles
y preparación de alimentos (continuación):**