

Organizador para cuidadores

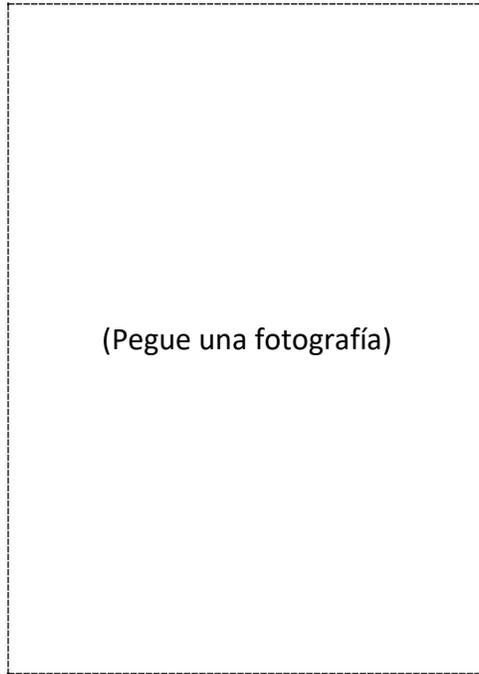
Esta guía está pensada para ayudarle o ayudar a un ser querido a organizar y mantener en un solo lugar la información de cuidado de salud a fin de compartirla con profesionales de atención de la salud, miembros de la familia y otras personas que puedan necesitarla. Además, es una forma fácil y cómoda de comunicar habilidades, fortalezas y preferencias para garantizar que se escucha, respeta y comprende lo que usted o su ser querido expresan.

Nota: Le recomendamos guardar esta carpeta en un lugar seguro para proteger la información personal. Llame a Amerigroup y solicite los formularios de reemplazo para este paquete.

Contenidos:

- Descripción del cuidado centrado en la persona
- Información de contacto
- Perfil médico
- Información importante
 - Necesidad de contar con información del hogar
 - Lista de control de seguridad del hogar
 - Lista de control de documentos importantes
- Herramientas adicionales
 - Cómo prepararse para las visitas al médico
 - Tarjetas de identificación para emergencias
 - Recursos adicionales
 - Calendarios mensuales en blanco
 - Notas
- Organizador de tarjetas para emergencias

Los miembros de Amerigroup en el Área de Servicio Rural de Medicaid y el programa STAR Kids son atendidos por Amerigroup Insurance Company. Todos los otros miembros de Amerigroup en Texas son atendidos por Amerigroup Texas, Inc.



Las mejores opciones de cuidado para:

(Nombre preferido o apodo)

PERSONA A LA QUE BRINDA APOYO	
Nombre completo:	
Apodo o nombre preferido:	
Dirección:	
Números de teléfono:	Hogar: Celular: Trabajo: Otro:
Correo electrónico:	
Fecha de nacimiento:	
Idioma principal/ forma de comunicación:	
Identificación de Medicaid:	
Identificación de Medicare:	
Identificación militar:	
Identificación de otro seguro:	
¿Hay un testamento vital?*	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Hay un representante legal autorizado/poder para tomar decisiones de cuidado médico/tutor?*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

* Si la respuesta es afirmativa, coloque una copia de los documentos relacionados en las fundas que se encuentran al dorso de esta carpeta.

Nota: Es probable que también se requieran los números de Seguro Social, licencia de conducir y pasaporte. Guárdelos aparte en un lugar seguro para evitar los robos de identidad.

Los miembros pueden tener acceso a su cuenta segura de Amerigroup en línea (<https://member.amerigroup.com/public/login>) o a través de la aplicación. Desde allí pueden hacer todo lo siguiente:

- Cambiar de proveedor de atención primaria*
- Imprimir su tarjeta de identificación
- Configurar las preferencias de correo
- Acceder al Centro de recompensas de beneficios

* Si el miembro tiene Medicare, el cambio de proveedor de atención primaria se hará a través de su plan de Medicare.



GUÍA DEL CUIDADOR PARA ELABORAR UNA DESCRIPCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Esta guía les servirá a usted y a su ser querido para elaborar una descripción de una sola página que les permita a otros cuidadores entender cuál es la mejor manera de brindar apoyo. Se describe lo que le importa **a** su ser querido para sentirse feliz y de buen ánimo, así como lo que es importante **para** la salud y seguridad de su ser querido.

Puede ir completando la descripción a lo largo del tiempo, y siempre puede agregar o eliminar anotaciones. En cada descripción de una sola página se destacan aquellas cosas que las personas más admiran o que más les gustan de su ser querido, así como lo que es importante para la persona que usted cuida y cuál es la mejor manera de brindarle apoyo.

Elaboramos una lista de preguntas y ejemplos en las páginas siguientes para que pueda completar la descripción de una sola página junto con sus seres queridos y otras personas que conozcan bien a la persona que cuida.

Instrucciones para completar la descripción centrada en la persona en una sola página

¿Qué es importante para mí?

Hable con su ser querido y con otras personas importantes en la vida de la persona que cuida.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- ¿Qué cosas hacen feliz a su ser querido?
- ¿Qué cosas le sacan una sonrisa a su ser querido?
- ¿Qué le gusta hacer?
- ¿Cuáles son las personas más cercanas a su ser querido? ¿Con quiénes le gusta más pasar el tiempo?
- ¿Qué cosas le alegran el día? ¿Qué expectativas tiene?
- ¿Qué cosas le arruinan el día? ¿Qué cosas le molestan a su ser querido?

Ejemplos de cosas que le pueden gustar a un ser querido:

- A Jane le gusta ver a su nieta jugar al fútbol.
- A Mike le encanta ir al comedero para pájaros todas las mañanas a llevarles comida, aunque no haga falta. Se puede poner de mal humor si no tiene tiempo de alimentarlos.
- A Laura le gusta estar a la moda y adora ir de tiendas a comprar las últimas tendencias.
- A Troy le gusta ser independiente y valora su privacidad.
- A Troy le gusta hacer las cosas por sí mismo, y tiene un espacio propio en el hogar y en el aula de la escuela.
- A Addy le gusta hablar con todo el mundo que tenga ganas de sentarse un rato a charlar.
- A Addy le encanta escuchar música y jugar con instrumentos musicales de juguete, como el piano o la batería.

¿Qué admiran de mí las personas? ¿Qué es lo que más les gusta de mí?

A veces las respuestas no son tan sencillas de encontrar, por lo que quizá tenga que preguntarles a otras personas de su entorno íntimo y cercanas a su ser querido.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- ¿Qué cosas de su ser querido son muy buenas?
- ¿Qué cosas hace bien su ser querido?
- ¿Por qué cosas la gente elogia a su ser querido?
- ¿Por qué cosas la gente se siente agradecida con su ser querido?

Ejemplos de cosas que las personas admiran:

- George tiene una sonrisa hermosa.
- Jenny no se olvida nunca de los cumpleaños.
- Jenny es muy buena para los juegos electrónicos.
- Alice te puede abrazar con solo mirarte.
- La risa de Alice es muy contagiosa.
- John tiene un don especial con los perros.
- John tiene muy buena memoria.

Esta es la mejor manera de brindarme apoyo:

Revise la información que anotó y piense en cuál sería la mejor manera de brindarle apoyo a su ser querido. Recuerde tener en cuenta lo que su ser querido considera importante. No olvide pensar en esas cosas que los demás quizá no sepan, pero que si se hacen mal pueden arruinarle el día. También piense en esas cosas que, si se hacen bien, pueden alegrarle el día.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- ¿Qué cosas hace sin ayuda/apoyo su ser querido?
- ¿Cuándo necesita ayuda/apoyo su ser querido?
- Cuando algo sale mal, ¿qué cosas reconfortan a su ser querido?

Ejemplos:

- A Rose le gusta cuando la animan a trabajar duro en las terapias, y le gusta que la feliciten cuando termina los ejercicios.
- Rose quiere terminar a tiempo las tareas de la escuela y le gusta que la feliciten cuando las hace. Rose también necesita hacer pausas cada vez que empieza a ponerse nerviosa o sentirse frustrada.
- A James le gusta que esperen hasta que él haya intentado hacer las cosas solo antes de ir a ofrecerle ayuda. Espera a que James te solicite ayuda.
- A Bob no le gusta que se altere la rutina diaria y quiere que le avisen de antemano si va a haber algún cambio.
- Dory espera que la gente cumpla siempre sus promesas, de lo contrario, hay que explicarle por qué no se pudo sostener lo prometido.
- Cuando Jayden tiene miedo, le gusta que lo miren a los ojos, lo tomen de las manos y que le digan que todo va a estar bien.
- A Johnny le gusta ir a Target, pero necesita estar seguro de que no irá en las horas pico. A Johnny no le gustan las multitudes.

Estas son las características de las personas que mejor me brindan apoyo:

Revise lo que anotó en las secciones anteriores y piense en las personas con las que su ser querido se lleva bien, lo que las otras personas admiran o adoran de su ser querido, y con quiénes estuvo la última vez que tuvo un buen día. Pregúntele a su ser querido o a personas de su círculo íntimo qué es lo importante para su ser querido, luego anótelos. Recuerde que puede cambiar la información o agregar otra nueva en cualquier momento.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- ¿Cómo son las personas con las que se lleva mejor su ser querido?
- ¿Hay rasgos comunes en la personalidad de las personas favoritas de su ser querido?
- ¿Qué cosas importantes para su ser querido deben tenerse en cuenta?
- ¿Hay rasgos del carácter que molesten o frustren a su ser querido?

Ejemplos:

- Will va con Jane a los partidos de fútbol de su nieta y también le gusta el fútbol
- Son personas charlatanas a quienes les gusta hablar mucho, como a Addy
- Les encanta la música igual que a Addy y les gusta tocar el piano
- Son personas positivas, comprensivas y animan a Rose a seguir trabajando duro y no abandonar su terapia ni los ejercicios
- Son personas respetuosas de la rutina y de las cosas que para Bob son importantes. Siempre le explican si va a haber algún cambio y por qué; aunque sea esa única vez.



Cosas que la gente admira y que le gustan de

_____:

Cosas que son importantes para

_____:

Pegue una fotografía

**Cosas que otras personas deben saber/hacer para brindarle mejor
apoyo a _____:**

**Características de las personas que mejor brindan
apoyo a _____:**

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA ESTRELLA DE APOYOS INTEGRADOS

Este principio e instrumento se llama Estrella de apoyos integrados y puede ser usado como guía por cualquier persona (individuos, familias o profesionales) para organizar los apoyos. Se puede usar para hacer un mapa de los servicios y apoyos actuales, resolver el problema de una necesidad específica o planificar los pasos siguientes. Con la estrella se pueden explorar las necesidades actuales, identificar lagunas o planificar cómo obtener acceso a apoyos en el futuro. Complete cada sección de la estrella de apoyos para identificar con cuáles cuenta actualmente en cada categoría.





ESTRELLA DE APOYOS INTEGRADOS



Desarrollado por Charting the LifeCourse Nexus: LifeCourseTools.com.
© 2020 Curators of the University of Missouri | UMKC IHD • Marzo 2020

Información de contacto

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR/DE LA CUIDADORA	
Nombre/relación:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	
Nombre/relación:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	
Nombre/relación:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	
CONTACTOS DE EMERGENCIA	
Nombre/relación:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	
Nombre/relación:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	
Nombre/relación:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL COORDINADOR DE SERVICIOS DE AMERIGROUP	
Nombre/relación:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	
OTROS CONTACTOS	
Nombre/relación:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	
Nombre/relación:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	
Nombre/relación:	
Número de teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	

CONTACTOS DE PROFESIONALES MÉDICOS

Médico de atención primaria

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Especialista

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Especialista

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Especialista

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Especialista

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Dentista

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Psicólogo/psiquiatra

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Optómetra/ofthalmólogo

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Audiólogo

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

CONTACTOS MÉDICOS

Agencia de cuidado médico en el hogar

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Agencia de cuidado médico en el hogar

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Farmacia

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Equipo médico duradero/suministros médicos

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Equipo médico duradero/suministros médicos

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Hospital

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Centro de atención de urgencia

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Terapia ocupacional

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Terapia del habla

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Fisioterapia

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

APOYOS PERSONALES Y COMUNITARIOS

Transporte

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Alimentación/nutrición

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Reparaciones en el hogar

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Apoyo en el hogar/cuidado de relevo

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Centro de cuidado diurno para adultos

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Centro local de atención para adultos mayores

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Autoridad local de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Otro

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

APOYOS EDUCATIVOS (si corresponde)

Información de la escuela

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Docente

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Docente

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Paraprofesional

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Análisis del comportamiento aplicado u otro apoyo del comportamiento

Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:

Perfil médico

INFORMACIÓN SOBRE MÍ

Estatura: _____ Peso: _____ Grupo sanguíneo: _____

Rango de presión arterial: _____ Rango de glucemia: _____

CONDICIONES MÉDICAS

- Ansiedad
- Depresión
- Problema de salud conductual/mental (especifique el tipo)
- Convulsiones (especifique el tipo)
- Parálisis cerebral
- Demencia
- Artritis
- Enfermedad cardíaca (especifique el tipo)
- Presión arterial alta
- Especifique el tipo: _____

- EPOC
- Asma
- Cáncer (especifique el tipo)
- Diabetes mellitus
- Enfermedad muscular (especifique el tipo)
- Trastorno de la deglución
- Otra: _____

ALERGIAS (A ALIMENTOS, MEDICAMENTOS, OTROS)

Alergia a lo siguiente:

Reacción:

Alergia a lo siguiente:	Reacción:

FECHAS DE INYECCIONES/ANTECEDENTES

Tétanos: _____ Influenza: _____

Neumonía: _____ Hepatitis: _____

Culebrilla: _____ COVID: _____

Otro: _____

CIRUGÍAS PREVIAS

Fecha:

Tipo/comentarios:

EQUIPO MÉDICO Y DISPOSITIVOS DE APOYO

- Anteojos
- Lentes de contacto
- Implantes dentales
- Dentaduras postizas
- Audífonos
- Dispositivos para la comunicación (especifique):

- Marcapasos
- Implantes de metal
- Bastón
- Andador
- Silla de ruedas manual

- Férula (especifique):

- Elevador de Hoyer
- Silla retrete
- Silla para la ducha
- Monitor de glucosa en sangre
- Tensiómetro
- Otro: _____

DISPOSITIVOS DE SOPORTE VITAL/EMERGENCIA

- Respirador (especifique la configuración): _____
- Batería de repuesto:
- Generador
- Otro: _____

OTRA INFORMACIÓN MÉDICA IMPORTANTE

Lista de medicamentos

Enumere todos los medicamentos con receta y de venta libre, las vitaminas y los suplementos. No olvide actualizar la lista cada vez que haya cambios en los medicamentos.

Núm. de receta	Nombre del medicamento	Dosis e instrucciones <i>(con alimentos/en ayunas, análisis de sangre y frecuencia)</i>	Para qué se usa	Quién lo receta	Nombre, teléfono y dirección de la farmacia
000123 <i>(figura en el envase)</i>	Nombre genérico: <i>Levothyroxine</i> Nombre de marca: <i>Synthroid</i>	123 mg <i>con la comida por la noche</i>	<i>Tiroides</i>	<i>Dr. Smith</i>	<i>Main Street Pharmacy 123-456-7890 123 Main St City, ST ZIP code</i>

Núm. de receta	Nombre del medicamento	Dosis e instrucciones <i>(con alimentos/en ayunas, análisis de sangre y frecuencia)</i>	Para qué se usa	Quién lo receta	Nombre, teléfono y dirección de la farmacia

Núm. de receta	Nombre del medicamento	Dosis e instrucciones <i>(con alimentos/en ayunas, análisis de sangre y frecuencia)</i>	Para qué se usa	Quién lo receta	Nombre, teléfono y dirección de la farmacia

Información importante

INFORMACIÓN QUE HACE FALTA CONOCER SOBRE EL HOGAR

Sistema de calefacción, ventilación y aire acondicionado (HVAC)

¿Dónde está ubicado el sistema de HVAC?

Tipo de gas (por ejemplo: gas propano o natural): _____

Ubicación de todas las válvulas de interrupción de emergencia: _____

¿Cuándo se limpió la chimenea por última vez? _____

Nota: Si el sistema de calefacción del hogar es a leña, asegúrese de revisar y/o limpiar todas las chimeneas una vez al año.

Electricidad

¿Dónde están ubicados los interruptores de electricidad principales? _____

Agua

¿Dónde está ubicada la válvula principal para cortar el agua? _____

Seguridad contra incendios

¿Dónde se ubican las alarmas de humo y/o monóxido de carbono? _____

Notas:

- Si la casa no tiene los dispositivos mencionados anteriormente, instálelos.
- Controle todas las baterías al menos una vez al año.
- Revise las fechas de vencimiento de todos los extintores de incendio. Reemplácelos si están vencidos.
- Limpie el tubo de ventilación de la secadora todos los años para evitar incendios.
- Controle que funcionen las cerraduras de todas las puertas y ventanas. De lo contrario, repárelas o cámbielas.
- Asegúrese de que funcionen los sensores de seguridad de las puertas de la cochera.
- Guarde una copia de las llaves en un lugar seguro por si alguna se extravía.
- Sepa cuándo y cómo usar los interruptores de electricidad en casos de emergencia.
- Cambie los interruptores o tomacorrientes rotos para evitar golpes eléctricos o cortes de electricidad.
- Asegúrese de que todos los aparatos estén enchufados en tomacorrientes con conexión a tierra. (Tienen tres puntas en vez de dos.)
- Compre protectores de tensión para los aparatos electrónicos más grandes.
- Examine los tomacorrientes que están en lugares húmedos (al lado de fregaderos o al aire libre). Anule los que no se usen.
- Reemplace los filtros de aire con frecuencia.

LISTA DE CONTROL DE SEGURIDAD DEL HOGAR

Lista de control para teléfonos:

- Asegúrese de que la persona que usted cuida sepa usar todos los teléfonos, incluidos los celulares.
- Configure la lista de marcación rápida con el 911, su número de teléfono y los números de otros cuidadores.
- Pegue la información de emergencias a lado de los teléfonos, en el refrigerador y en otros lugares a la vista. Incluya información médica, a quién llamar en caso de emergencia, la dirección de la casa y la calle transversal, etc.

Plan de emergencias:

- Controle que funcionen los detectores de humo y monóxido de carbono.
- Cree un plan para casos de cortes de electricidad, incendios y otras emergencias.
- Guarde las linternas al lado de la cama o en lugares donde se puedan encontrar fácilmente.

Prevenir caídas:

- Fije o retire las alfombras sueltas.
- Done o tire los tapetes (grandes y pequeños).
- Fije las tablas del piso que estén sueltas y quite los bordes de ingreso en las puertas.
- Despeje los pasillos de objetos, muebles pequeños, cables eléctricos, etc.
- Coloque barandas en las escaleras y los pasillos (una de cada lado del hueco de la escalera).
- Instale agarraderas en los baños, y cerca de la cama y el ropero.
- Deshágase de sillas y mesas flojas, y otros muebles que no sean estables.
- Use tiras antideslizantes y/o marque el contorno de las pisadas con cinta brillante.
- Use alfombras de goma o tiras antideslizantes en los pisos que puedan estar húmedos (en los baños y la cocina).

Iluminación y visibilidad:

- Controle que todas las áreas de la casa estén bien iluminadas.
- Agregue luces nocturnas a lo largo de los pasillos que se usen de noche.
- Asegúrese de que las llaves de luz sean fáciles de encontrar y usar.
- Marque claramente las perillas de la cocina (especialmente la posición APAGADO) con una cinta roja o esmalte de uñas.
- Marque los grifos de agua fría y caliente de manera clara.
- Asegúrese de que todos los medicamentos tengan etiquetas para que se puedan leer con facilidad.

Accesibilidad:

- Cambie los picaportes y las manijas por otros de estilo palanca.
- Coloque los elementos que se usan con frecuencia en estantes donde sea fácil alcanzarlos.
- Investigue sobre productos que puedan ayudar con la seguridad y facilitar el movimiento dentro del hogar (aparatos para alcanzar objetos/agarraderas, retretes portátiles, sillas de escaleras, rampas, etc.).
- Considere usar un elevador de asientos para inodoro.

Otro:

- Fije la temperatura del calentador de agua en 120 grados.
- Tire los medicamentos que ya no necesite.
- Mire las fechas de vencimiento de los alimentos.
- Revise los consejos básicos de seguridad de los alimentos.

LISTA DE CONTROL DE DOCUMENTOS CLAVE

Cuidado médico:

<input type="checkbox"/>	Registros médicos
<input type="checkbox"/>	Copia del plan de cuidado (si participa en un programa de Administración de Casos)
<input type="checkbox"/>	Testamento vital, poder para tomar decisiones de cuidado médico y/o poder de representación duradero
<input type="checkbox"/>	Orden de no reanimar (DNR) u otras solicitudes médicas

Registros laborales:

<input type="checkbox"/>	Lista de los empleadores recientes, fechas de empleo y términos laborales
<input type="checkbox"/>	Registros militares

Instrucciones especiales:

<input type="checkbox"/>	Entierro, cremación y/o instrucciones funerarias (si corresponde)
<input type="checkbox"/>	Instrucciones para cuidar una mascota, las plantas, la casa o a un dependiente

Únicamente usted, otro cuidador o un miembro de la familia debe tener todos los documentos importantes. Guárdelos en un lugar seguro (no en esta carpeta). Todos los cuidadores deben poder comunicarse con la persona que los tenga a cargo cuando se necesiten.

Persona que tiene los documentos importantes

Nombre/relación:	
Número de teléfono/ dirección de correo electrónico	

Herramientas adicionales

CÓMO PREPARARSE PARA LAS VISITAS AL MÉDICO

Antes de la visita:

- Complete todas las preguntas de las páginas siguientes.
- Controle la lista de medicamentos de la persona que cuida. Asegúrese de que esté actualizada y llévela a la cita.
- Haga una lista de preguntas (es fácil olvidarse cosas cuando se está frente al médico).
- Hable con la persona a quien le brinda apoyo y con los demás cuidadores. Averigüe si tienen inquietudes o preguntas para hacerle al médico.
- Piense en qué es lo más importante para usted y la persona a quien le brinda apoyo que deban conversar con el médico durante la visita.
- Prepárese para analizar información detallada de salud. Por ejemplo: “Susan se ha quejado porque últimamente tiene problemas para ir de cuerpo. ¿Podrá ser debido al medicamento nuevo?”
- Considere tener un cuaderno para registrar todas las notas de las visitas al médico.

Durante la visita:

- Asegúrese de que la persona a quien le brinda apoyo participe en la visita todo lo posible.
- Cuando el médico haga preguntas, deje que primero responda la persona que usted cuida. Conteste en su lugar solo si se lo solicitan o es necesario.
- Tome notas. Anote lo siguiente:
 - Las recomendaciones e instrucciones del médico.
 - Las respuestas a sus preguntas.
- Si no entiende las recomendaciones del médico o las palabras que usa, hágaselo saber. Pídale al médico que se lo explique de otra manera.
- Pida instrucciones por escrito o folletos con información específica de la condición.
- Solicite recursos médicos y/o comunitarios que le ayuden a seguir las recomendaciones del médico.
- Es posible que la persona a quien brinda apoyo le pida que se quede con ella o que salga del consultorio durante los exámenes o procedimientos (respete la privacidad y el deseo de la persona). El médico o el personal técnico deberían permitirle quedarse si ese es el deseo o la solicitud del individuo.

FORMULARIO PARA LA VISITA AL MÉDICO

Nombre del médico: _____

¿Cuál es el motivo de la visita? (enfermedad, lesión, chequeo anual) _____

Describa el problema, la enfermedad o lesión que les preocupa a usted y/o a quien usted brinda apoyo: _____

¿Ya le ha pasado esto antes? Sí No No lo sé con seguridad

¿Desde hace cuánto? (¿Una semana, un mes o hace más tiempo?) _____

¿Sabe cuál podría ser la causa? _____

Anote todas las preguntas para el médico. Asegúrese de anotar primero las más importantes.

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

¿Hubo algún cambio en la vida de la persona que cuida (cambios en la rutina, en su capacidad para hacer cosas, hubo enfermedades en la familia, se mudó a una casa nueva, etc.)?

Sí No

En caso afirmativo, describa:

¿Hubo cambios en los medicamentos? Sí No

En caso afirmativo, describa: (No olvide actualizar la lista de medicamentos.)

Como cuidador, ¿necesita ayuda con algo en particular? (Alguien con quien hablar, alguien que se quede con la persona que cuida mientras sale a hacer los mandados, información sobre recursos comunitarios, etc.)

Haga una lista con todos los síntomas o cambios en la salud desde la última visita, lo que pueda haberlos causado y cuándo comenzaron:

Nivel de actividad

Movimiento (problemas para caminar, cambiar de posición, otro)

Rutina de sueño

Rigidez o dolor en huesos/articulaciones

Dolores de cabeza

Otro dolor

Cambios en el comportamiento o de humor

Dificultad para respirar

Cambios en la piel

Cambios en la audición

Cambios en la visión

Cambios en la memoria

Otro

ENUMERE OTROS PROVEEDORES DE CUIDADOS MÉDICOS QUE ATIENDAN A LA PERSONA:	FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA:	MOTIVO DE LA VISITA:

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN PARA EMERGENCIAS

Complete las tarjetas a continuación. Luego recórtelas y coloque una en cada billetera para casos de emergencia.



Tarjeta de la persona que recibe apoyo:

Identificación médica de emergencia	
Nombre:	_____
Fecha de nacimiento:	_____
Dirección:	_____
Ciudad:	_____ Estado: _____
Contactos de emergencia:	
Nombre:	Teléfono:
_____	_____
_____	_____
Médico:	Teléfono:
_____	_____
Hospital:	Teléfono:
_____	_____

Identificación médica de emergencia	
Condiciones médicas:	_____
_____	_____
Alergias:	_____
_____	_____
Medicamentos:	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN PARA EMERGENCIAS

No escriba el nombre ni la dirección de la persona a quien le brinda apoyo. Si a usted le roban la billetera, mejor no hacerle saber a la gente equivocada que esta persona está sola y corre peligro. En cambio, anote los contactos de emergencia que luego puedan ir a ver cómo está la persona que usted cuida.



Tarjeta del cuidador principal:

EN CASO DE EMERGENCIA SOY CUIDADOR/A	
MI NOMBRE ES:	
<hr/>	
Si sufro una lesión o no estoy disponible, por favor, comunicarse con el cuidador que figura en el dorso de esta tarjeta. Pídale que vaya a ver a la persona que yo cuido.	
EN CASO DE EMERGENCIA	
Nombre:	Teléfono:
<hr/>	<hr/>

Mes Año Calendario

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Organizador de tarjetas para emergencias

<Sleeves to hold important documents>