



PRESENTACIÓN

Bienvenidos a la Clínica de Transición del Cuidado de Salud del Instituto Munroe-Meyer. Este sitio le ayudará en pensar sobre la información que usted desearía compartir con cualquier persona que brinda atención médica a usted o a su hijo y crear un pasaporte de salud que documenta esa información. *La información que usted brinda aquí será para su propio uso solamente.*

Este es el lugar donde usted puede dejar a otros saber lo que es verdaderamente importante para las personas para dar buen cuidado a usted / su hijo. Usted ya sabe la mayoría, pero tal vez necesitaría obtener algo de los proveedores de su salud. Se le haremos preguntas desde el punto de vista de la persona quien desarrolla este pasaporte.

Cuando usted ya entra la información, tendrá la oportunidad para bajar o imprimir el pasaporte de salud para llevarlo a los proveedores de salud.

Mi Pasaporte De Salud

	Mes	Día	Año
Fecha de Hoy:			

¿QUIÉN SOY?

Nombre	Apellido	Inicial del Segundo Nombre

	Mes	Día	Año
Fecha de Nacimiento:			

TUTOR / PODER NOTARIAL

Tengo tutor: No Sí

Si contesta sí, brinda su nombre completo e información de contacto: _____

CONTACTOS

¿A quién quiere que contactemos si usted necesita ayuda?

Nombre y Apellido	Relación	Teléfono/email	¿Puede dejar mensaje?	¿Necesita intérprete?
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

SEGURIDAD

Primero, díganos las cosas más importantes que necesitamos saber para mantener su seguridad. Por ejemplo, ¿Tiene problemas con deglución, ahogo, alergias, caídas, convulsiones, etc.? *Usted nos puede decir más sobre estas cosas en el futuro.*

CONDICIÓN PRINCIPAL

¿Cuál de estas mejor describe su diagnóstico **principal**?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia/Problemas Inmunes | <input type="checkbox"/> X Frágil |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Espectro Autista | <input type="checkbox"/> Inmunología |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad Contagiosa |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Respiratorio | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual |
| <input type="checkbox"/> Condiciones Cardíacas o del Corazón | <input type="checkbox"/> Trastorno de los Riñones |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje incluyendo ADHD |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Comunicación/ Habla | <input type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno Muscular o de Movimiento |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Trastorno Endocrino | <input type="checkbox"/> Trastorno Neurológico |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Digestivo | <input type="checkbox"/> Condición Ortopédica |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Alimentación/Deglución | <input type="checkbox"/> Discapacidad de Visión |

Otra condición **principal**:

Otras Condiciones Relacionadas

¿Usted tiene problemas con algunas de estas condiciones?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergia/Problemas Inmunes | <input type="checkbox"/> X Frágil |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Espectro Autista | <input type="checkbox"/> Inmunología |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre | <input type="checkbox"/> Enfermedad Contagiosa |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Respiratorio | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual |
| <input type="checkbox"/> Condiciones Cardíacas o del Corazón | <input type="checkbox"/> Trastorno de los Riñones |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje incluyendo ADHD |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Comunicación/ Habla | <input type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno Muscular o de Movimiento |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/ Trastorno Endocrino | <input type="checkbox"/> Trastorno Neurológico |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Digestivo | <input type="checkbox"/> Condición Ortopédica |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Alimentación/Deglución | <input type="checkbox"/> Discapacidad de Visión |

Otra(s) condición(es) **relacionada(s)**:

PROVEEDORES MÉDICOS

¿Quién es su proveedor de salud primario (quien normalmente le atiende si no se siente bien)?

Médico	Sitio

¿Hay otros proveedores médicos que le atiende para ciertas condiciones?

Médico	Sitio	Condición

¿ Hay otros terapeutas que le atiende?

Terapeuta	Sitio
<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional (OT)	
<input type="checkbox"/> Terapia Physical (PT)	
<input type="checkbox"/> Habla	
<input type="checkbox"/> ABA	
Otro:	
Otro:	

MEDICACIONES Y NECESIDADES ESPECIALES DE LA DIETA

¿Usted tiene alergia a medicaciones? Por favor escribe una lista de todas.

Medicación	Cómo reacciona

Por favor escribe una lista de todas sus medicaciones recetadas y cualquier medicina sin receta que toma.

Medicación	Dosis

Por favor describe cualquier suplementos, necesidades especiales de dieta, u otros tratamientos que toma.

Descripción	Detalles

¿Usted tiene alergias a alimentos o ambientales?

Alergia a Alimento o Ambiental	Cómo reacciona

SENTIRSE BIEN Y “NO SENTIRSE BIEN”

¿Cómo saben las personas cuando usted se siente muy bien? Por favor describe:

DOLOR

¿Cómo saben las personas cuando usted sufre dolor? Por favor describe:

¿Cómo saben las personas cuando está “muy mal”? Por favor describe:

¿Qué normalmente hace para sentirse mejor? Por favor describe:

INMUNIZACIONES

¿Cuáles vacunas ha tenido y cuándo fue la última vez que se la(s) dio?

Inmunización	Fecha
MMR/SRP (sarampión, rubeola, paperas)	
Tétanos	
Varicela	
Meningitis	

CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Por favor describe todas la cirugías y todos los procedimientos médicos que usted ha tenido adjunto con la fecha o el año que se lo(s) hizo.

Cirugía/Procedimiento	Fecha

HOSPITALIZACIONES RECIENTES

¿Ha estado usted internado en el hospital recientemente, y si es verdad dónde, cuándo, y por qué?

Hospital	Fecha(s)	Razón

GRUPO SANGUÍNEO

¿Cuál es su grupo sanguíneo?

<input type="checkbox"/> A+	<input type="checkbox"/> A-	<input type="checkbox"/> B+	<input type="checkbox"/> B-	<input type="checkbox"/> O+	<input type="checkbox"/> O-	<input type="checkbox"/> AB+	<input type="checkbox"/> AB-
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------

Todos necesitan ayuda con las cosas de vez en cuando y algunas personas necesitan más ayuda que otras a veces. ¿Qué quisiera que las personas que se le cuidan saber sobre lo que usted puede hacer sin ayuda y con qué necesita ayuda?

Usted puede contestar todas o ninguna de estas preguntas - es completamente su decisión y lo que Ud. cree que sería útil.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Comunicación

¿Cómo entiende usted el mundo y dejar a las personas saber lo que necesita?

¿Usted necesita alguno de lo siguiente para ayudarle entender lo que otros dicen?

- Aparatos auditivos/auxiliares
- Intérprete/Embajador Cultural – Si es verdad, ¿Qué tipo (lenguaje, cultural, sordo, con discapacidad auditiva, sordo-ciego)?

- Comunicación Alternativa/Aumentativa (AAC por sus siglas en inglés) - Si es verdad, ¿Qué tipo, y cómo lo debe usar?

Verbalmente, Gestos/Lenguaje corporal, Lenguaje de señas,
Dispositivo/aparato de Comunicación

Otro: _____

Entiendo lo que otras personas dicen...

- Nunca
- Un poco del tiempo
- La mayoría del tiempo

Entiendo mejor cuando:

- Las personas hablan conmigo como que hablan normalmente
- Las personas hablan lento y claramente
- Usan oraciones cortas
- Usan fotos y lenguaje

¿Cómo se comunica lo que usted necesita a otros?

- Me comunico verbalmente sin problemas
- Hablo en oraciones cortas
- Tomo tiempo para expresar mis pensamientos verbalmente

Tengo dificultad en responder a las personas...

- Nunca
- Un poco del tiempo
- La mayoría del tiempo

Otras cosas que debe saber acerca de comunicarse conmigo.

Bañarse

- Soy independiente
- Necesito ayuda entrar y salir
- Necesito ayuda con todo

¿Usted tiene alguna necesidad o preferencia especial?

Vestirse

- Soy independiente
- Necesito ayuda con botones, cierres
- Necesito ayuda con todo

¿Usted tiene alguna necesidad o preferencia especial?

Motor

¿Usted se ha caído recientemente? Sí No

Respeto a caminar:

- Soy independiente
- Necesito ayuda en levantarme y sentarme/acostarme en sillas o camas
- Necesito ayuda con caminar

¿Cuáles aparatos adaptativos usa usted, si los usa (andador, bastón, silla de ruedas, etc.)?

COMPORTAMIENTO

Sugerencias para ayudar a evitar o prevenir ciertos comportamientos

¿Hay cosas que se debe mantener lejos de usted para ayudar para que se siente bien? A veces las personas refieren a estas como “desencadenantes ambientales” (tales como sonidos fuertes, lugares con mucha gente, olores, y ciertos tipos de tela).

¿Hay otros cambios que a veces le molestan (eje. personal, hora de comer, tener que esperar)?:

¿Hay otras cosas que debe evitar para ayudar a prevenir problemas?

¿Qué son cosas que le gusta tener que le ayuda a sentirse tranquilo y calmado?

Todos comunicamos en maneras diferentes que quieren decir cosas diferentes. Algunas cosas que hago, y lo que quieren decir

Cuando hago esto...	Podría significar que...	Usted puede ayudar por....

Cuidado y Procedimientos Médicos

¿Hay ciertos procedimientos que le son difíciles (eje. extracción de sangre, mantenerse quieto para radiografías)?

¿Cuál es la mejor manera de manejar procedimientos médicos que le son difíciles?

CITAS MÉDICAS

Decisiones Médicas

Si necesito tomar una decisión sobre tomar una medicación nueva...

- Me siento cómodo en hacer preguntas al doctor por mí mismo y decidir si sea adecuado.
- Quiero que alguien hable con el doctor conmigo y que me ayuda a hacer preguntas.
- Me siento cómodo en tener a mi padre/madre, tutor, u otra persona que he escogido tomar la decisión después de hablar conmigo.
- Realmente dependo de mi padre/madre, tutor, u otra persona designada para tomar esas decisiones en mi favor.

¿Quién es la persona en que usted se confíe para ayudarle tomar decisiones sobre el cuidado de su salud?

Nombre	Relación

Asistir a Citas Médicas

¿Cómo programan sus citas médicas?

- Hago mis propias citas médicas sin ayuda
- Dependo de mi padre/madre, tutor, u otra persona que he escogido para ayudarme en hacer citas.
- Realmente dependo de otros para hacer esas citas para mí.

¿Cómo acude usted a sus citas médicas?

- Puedo ir a citas sin ayuda
- Necesito ayuda con transporte a citas
- Necesito ayuda en ir a citas y buscar el cuarto apropiado
- Necesito a alguien quien me supervisa y me ayuda

¿Usted necesita ayuda especial para acudir a citas médicas? ¿Usted necesita un vehículo con elevador para silla de ruedas, va a necesitar una silla de ruedas cuando llega al edificio médico, va a necesitar a alguien para brindar supervisión y apoyo mientras que usted espera para su cita?

Seguro Médico

¿Usted tiene seguro médico para ayudarle pagar para su cuidado médico? Sí No

¿Cuál(es) es(son) el(los) nombre(s) de su(s) proveedor(es) de seguro médico)?
