Expediente Personal de Salud

Este es el Expediente de Salud Personal de

_____

Si tiene preguntas,
llame a _____
al (_____)_____-_____x_____

Información Personal

Dirección de domicilio:_____

_____

Número de teléfono:_____

Número de teléfono alternativo:_____

Fecha de nacimiento:_____

¿Ha firmado usted una Disposición por adelantado sobre la atención de la salud? ☐Yes ☐No

¿Dónde se encuentra su formulario de Disposición por adelantado sobre la atención de la salud?

_____

Información acerca de la persona que le cuida

Nombre:_____

Número de teléfono a domicilio:_____

Número de teléfono alternativo:_____

Información acerca del/de la Proveedor(a) de cuidado de salud

Médico de cabecera:_____

Número de teléfono:_____

Farmacia: _____

Número de teléfono:_____

Otros Proveedores de Cuidado de Salud:

_____

Para mejor manejar mi salud y mis medicinas, voy a …

- ☐ Llevar este expediente de salud conmigo a dondequiera que vaya, incluso a TODAS mis visitas al doctor y cuando ingrese en el hospital.
- ☐ Llamar a mi doctor si tengo preguntas sobre mis medicinas o si quiero hacer algún cambio relacionado a la manera en que tomo mis medicinas.
- ☐ Informar a mis médicos acerca de TODAS las medicinas que estoy tomando, incluyendo las medicinas que se compran sin receta, las vitaminas y las hierbas medicinales.
- ☐ Poner al día la lista de mis medicinas cuando haya cualquier cambio en cuanto a mis medicinas.
- ☐ Saber porqué tomo cada una de mis medicinas.
- ☐ Saber qué cantidad de cada medicina debo tomar, y a qué hora y durante cuánto tiempo la debo tomar.
- ☐ Saber cuales son los efectos secundarios posibles de mis medicinas y qué debo hacer si noto alguno de éstos.

Historia Médica

- ☐ Artritis
- ☐ Latido anormal del corazón
- ☐ Cáncer
- ☐ Diabetes
- ☐ Endurecimiento de las arterias
- ☐ Enfermedad cardíaca
- ☐ Paro cardíaco
- ☐ Alta presión de la sangre
- ☐ Fractura de la cadera
- ☐ Enfermedad pulmonar
- ☐ Condiciones médicas
- ☐ Pulmonía
- ☐ Embolia

Otros diagnósticos:

_____

_____

_____

_____

Síntomas y señales

Meta Personal

Mis medicinas *(rec*

Alergias

Nombre de la medicina	Dosis	I

(recetadas y de venta libre)

Instrucciones	Porqué se toma

Notas para mi doctor

Información acerca de mi estancia en el hospital

Ingresé en el hospital (fecha) __/__/__

Fui dado(a) de alta __/__/__

Razón por la cual ingresé en el hospital:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Notas para mi doctor: _____

Notas para mi doctor: _____

Notas para mi doctor: _____

Enfermeras en Casa
Visiting Nurse & Hospice Care
NONPROFIT SINCE 1908

Para más información,
póngase en contacto con nosotros:

En Santa Bárbara
805.965.5555 • Fax 805.568.5178
222 East Canon Perdido Street
Santa Barbara, California 93101

En los valles de Santa Ynez y Lompoc
805.693.5555 • Fax 805.693.5566
436 First Street, Suite 202
Solvang, California 93463

www.vnhcsb.org

Horario de atender al público:
de lunes a viernes, de 8am a 5 pm

Horario de turno:
Las 24 horas, 7 días a la semana

VNHC sirve a todas las familias sin discriminar en su contra, es decir sin tomar en cuenta la raza, las creencias religiosas, la nacionalidad, la discapacidad física o mental, la orientación sexual o la edad de las personas.

¿Cómo puede usted ayudar a esta organización?

- Ofrézcase como voluntario.
- Haga una donación para apoyar nuestra misión caritativa.
- Haga un legado caritativo a través de su testamento o fondo de fideicomiso.