



Mi Pasaporte de Salud



Si usted es el profesional médico que me estará ayudando,

POR FAVOR LEA ESTO

antes de ayudarme con mi cuidado o tratamiento.

Mi nombre es: _____

Me gusta que me llamen: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Mi medico de cabecera es: _____

Número de teléfono de mi doctor: _____

**¡Apegue su
foto aquí!**

Este pasaporte tiene información muy importante para que me pueda brindar mejor apoyo durante mi estadía en su hospital o clínica.

Por favor mantenga este documento con mis otras notas médicas, y donde sea fácil de referenciar.

Mi firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Puedes hablar con esta persona sobre mi salud: _____

Número de teléfono: _____ **Relación:** _____



Yo me comunico usando: (ej.: el habla, idioma preferido, lenguaje de seña, aparatos o asistentes de comunicación, sonidos no verbales. También exprese si tiempo o apoyo adicional es necesario.)



Mi breve historial médico: (incluya otras condiciones (ej.: discapacidad visual o auditiva, diabetes, epilepsia), operaciones, enfermedades, y otros problemas médicos)



Mis medicamentos actuales son:

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



Cuando tomo mi medicamento, prefiero tomarlo:

(ej.: con agua, con comida)



Soy alérgico(a) a: (liste medicamentos o comidas, (ej.: penicilina, maní))



Si algo me duele, lo muestro: (también anote si tiene una alta o baja tolerancia al dolor)



Si estoy molesto o angustiado, la mejor forma de ayudarme es:

(ej.: tocando mi música favorita)



Como enfrento a los procedimientos médicos: (ej.: como reacciono a inyecciones, inyección intravenosa (IV), exámenes físicos, radiografías, terapia de oxígeno. También anote procedimientos que no ha tenido en recientemente)



Mis necesidades de movilidad son: (ej.: si puedo moverme independientemente, aparatos que uso, alivio de presión necesario)



Cuando me baño y me visto, me puede ayudar así:



Cuando estoy bebiendo, me puede ayudar así:



Cuando estoy comiendo, me puede ayudar así:



Mis comidas y bebidas favoritas son:



No me gusta comer o beber lo siguiente:



Tengo sensitividad a: (imágenes específicas, sonidos, olores, texturas o telas, que no me gusten. ej.: luces florecientes, tormentas, blanqueador, odorizantes)



Cosas que me gustan hacer para ayudar pasar el tiempo:



Como hacer citas futuras/de seguimiento más fáciles para mí:
(ej.: deme la primera o última cita del día, dedique más tiempo para la cita, déjeme visitar el local antes de mi cita, provea información a mi proveedor de cuidado)
