

# H

# Mi Pasaporte de Salud

# H



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: \_\_\_\_\_



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 necesitado.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**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 sensibilidad 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)

---



---



---