



U.S. DEPARTMENT OF
HEALTH AND HUMAN SERVICES
CENTERS FOR DISEASE CONTROL
AND PREVENTION
ATLANTA, GA 30329

Plan de Cuidado Completo

Complete **ESTA FORMA** con la información
de la **PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO**



Nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Número de teléfono:

Domicilio:

Correo electrónico:

Acerca de mí - La persona recibiendo cuidado

En pocas palabras, escriba lo que le gustaría que la gente sepa de usted. ¿Cómo es tu familia? ¿Dónde creció? ¿Qué tipo de actividades le gusta hacer (¿caminar, sentarse en el jardín, jugar cartas, ver un show de televisión?) ¿Que le interesa aprender?

Mi Estado de Salud

Condición medica	Proveedor de salud para esta condición	Medicina(s) que tomo para esta condición	Cosas que ayudan (reposo, ejercicio)



Complete este Plan de Cuidado con la información de la PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO

Mis Medicamentos

Nombre de la medicina	Instrucciones de la medicina (necesita refrigeración, tomarse en ayunas)	Dosis	Cuando la tomo

Mis Proveedores de Cuidado de Salud

Nombre	Especialidad	Domicilio	Teléfono

Mi Seguro de Salud

Nombre de mi seguro de salud	Plan#	Teléfono

Mi Hospital Preferido

Nombre del Hospital	Domicilio	Teléfono



Complete este Plan de Cuidado con la información de la PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO

Recursos para mi Cuidador de Salud

Servicio provisto (conducir, centro de cuidado de adultos, alimentos, ayudantes, etc.)	Nombre del proveedor o ayudante	Teléfono

Plan de Cuidado Avanzado**

Consulte los temas de planificación de cuidados avanzados médicos que ha discutido con el médico:

_____ Testamento vital o directiva avanzada

Este es un documento legal (no una orden médica), para nombrar a alguien como su representante legal y proporcionar instrucciones sobre cómo usted desea ser tratado y cuidado al final de su vida. Debido a que no es una orden médica, no se utiliza para ayudar a los médicos, los técnicos médicos de emergencia, o los hospitales en su tratamiento en caso de una emergencia.

_____ Poder legal

Este documento legal se usa para darle a una persona específica la capacidad de tomar decisiones por usted cuando usted no puede hacerlo. Puede ser su cónyuge, un hijo adulto, un miembro de la familia o un amigo. También puede nombrar a una persona alternativa en caso de que algo le pase a la persona principal que usted nombre. El poder generalmente es parte de la Directiva avanzada, pero a veces es un documento separado. Algunas veces, dependiendo de dónde viva, se denomina "poder notarial médico (o de atención médica)", "apoderado médico" o "agente de atención médica".

_____ Órdenes médicas para el mantenimiento de artificial de su vida

Este documento, que varía según el estado, es una orden médica firmada por un profesional médico y utilizado para el tratamiento del paciente. Generalmente se usa cuando una persona está llegando al final de su vida, con enfermedad terminal o grave. Este es un documento que su médico puede analizar con usted durante su discusión de Planificación de Atención Avanzada. Esto no nombra a un "sustituto" o "apoderado médico". Este documento se usaría junto con el Testamento vital / Directiva avanzada para guiar a sus seres queridos y sus médicos en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones.

Los siguientes documentos deberán estar incluidos en este Plan de Cuidado:

_____ Testamento Vital o Directiva Avanzada

_____ Poder legal

_____ Órdenes médicas para el mantenimiento de artificial de su vida

**Información proveída por el Colegio Americano de Medicina.

Planes de seguimiento

Pídale a su médico que le explique las situaciones en las que debe llamar a la oficina del médico, ir a la sala de emergencia, o programar una cita de seguimiento regular. ¿Cuáles son los signos y síntomas que usted y su cuidador deben tener en cuenta? Asegúrese de escribir en un calendario todas las citas para que las vean todos los cuidadores.



Complete este Plan de Cuidado
 con la información de la **PERSONA QUE**
RECIBE EL CUIDADO

Contactos de Emergencia

Nombre	Relación	Numero de teléfono	Domicilio

- He pensado en lo que el tratamiento médico significará para mí y lo he discutido con mi familia, mis cuidadores y proveedores médicos.
- Este plan refleja un resumen de mi estado médico actual y los planes junto con aquellos involucrados en mi atención médica.

Firma del paciente:

_____ Firma _____ Fecha _____
 Imprimir (primera y última)

Firma del cuidador:

_____ Firma _____ Fecha _____
 Imprimir (primera y última)

Firma del proveedor de atención médica:

_____ Firma _____ Fecha _____
 Imprimir (primera y última)

He dado una copia de Mi Plan de Cuidado a:

Título	Nombre Completo	Numero de Teléfono	Domicilio
Doctor			
Familia			
Amigo			
Otro			



Plan de Cuidado Diario

Complete esta forma con la información de la PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO y COLOQUELA donde todos los cuidadores puedan VERLA



Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Número de teléfono: _____ Domicilio: _____

Mi Estado de Salud

Condición medica	Proveedor de salud para esta condición	Medicina(s) que tomo para esta condición	Cosas que ayudan (reposo, ejercicio)

Mis Medicamentos

Nombre de la medicina	Instrucciones de la medicina (necesita refrigeración, tomarse en ayunas)	Dosis	Cuando la tomo

Contactos de Emergencia

Nombre	Relación	Número de teléfono	Domicilio

Plan de Cuidado Avanzado E Información de Seguro Medico

Mi poder médico es (Nombre): _____ Número de teléfono: _____

Seguro Médico: _____ Teléfono: _____