



DEPARTAMENTO DE SALUD
Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE. UU.
CENTROS PARA EL CONTROL Y LA
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
ATLANTA, GA 30329

Plan de cuidados completo



Complete ESTE FORMULARIO con la información de la PERSONA QUE RECIBE LOS CUIDADOS
Un plan de cuidados resume las afecciones que tenga la persona y los tratamientos que esté recibiendo para ellas

Nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Número de teléfono:

Dirección:

Correo electrónico:

Acerca de la persona que recibe los cuidados (esta información ayudará a sus cuidadores a conocerlo mejor y a planificar actividades que usted disfrute)

En unas pocas frases, diga qué es lo que quiere que las personas sepan de usted. ¿Cómo es su familia? ¿Dónde se crió? ¿Qué tipo de actividades le gusta hacer (caminar, sentarse en el jardín, jugar cartas, ver un programa de televisión)? ¿Qué cosas le interesa aprender?

Mis afecciones

Afección	Proveedor de atención médica para esta afección	Medicamento(s) que tomo para esta afección	Cosas que ayudan (descansar, hacer ejercicio)



Plan de cuidados completo
 Complete ESTE FORMULARIO con la información de la PERSONA QUE RECIBE LOS CUIDADOS

Mis medicamentos

Nombre del medicamento	Instrucciones del medicamento (necesita refrigeración, tomarse con el estómago vacío)	Dosis	Cuándo lo tomo

Mis proveedores de atención médica

Nombre	Especialidad	Dirección	Número de teléfono

Mi seguro médico

Proveedor de seguro médico	Teléfono

Hospital al que prefiero ir

Nombre del hospital	Dirección	Teléfono



Plan de cuidados completo
Complete ESTE FORMULARIO con la información de la PERSONA QUE RECIBE LOS CUIDADOS

Recursos para los cuidadores

Servicio proporcionado (conducción, centro de cuidados diurnos para adultos, comidas, ayudantes, etc.)	Nombre del proveedor o ayudante	Teléfono

Instrucciones médicas por adelantado**

Marque los temas y documentos de las instrucciones médicas por adelantado que haya tratado con su proveedor de atención médica:

_____ **Documento de instrucciones médicas por adelantado o testamento vital**

Este es un documento legal (no una orden médica) para designar a alguien como su representante legal y provee instrucciones sobre cómo quiere que le proporcionen tratamiento y cuidados al final de su vida. Debido a que no es una orden médica, no se utiliza para ayudar a los médicos, a los técnicos en emergencias médicas ni a los hospitales que lo traten durante una emergencia.

_____ **Poder notarial**

Este documento legal se usa para que usted le dé a una persona en particular la facultad de tomar decisiones por usted cuando no pueda hacerlo por sí mismo. Esa persona puede ser su cónyuge, un hijo adulto, un familiar o un amigo. Usted también puede nombrar a un suplente en caso de que algo le pase a la persona que haya nombrado como representante principal. Por lo general, el poder notarial forma parte del documento de instrucciones médicas por adelantado, pero a veces es un documento aparte. En ocasiones, dependiendo del lugar donde viva, este documento se llama "poder notarial para asuntos médicos (o de atención médica)", "representante para asuntos médicos" o "agente para atención médica".

_____ **Órdenes médicas de tratamiento para mantener la vida (POLST o MOLST, por sus siglas en inglés) u Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (POST, por sus siglas en inglés)**

Este documento, que varía por estado, es una orden médica firmada por un profesional médico y se usa para el tratamiento. Por lo general, se utiliza cuando una persona está llegando al final de su vida, como cuando tiene una enfermedad en fase terminal o grave. Es un documento que su médico puede tratar con usted durante la conversación acerca de las instrucciones médicas por adelantado. En este documento no se nombra a un "sustituto" o "representante para asuntos médicos". Este documento se usa junto con el testamento vital o el documento de instrucciones médicas por adelantado para guiar a sus seres queridos y a sus médicos en caso de que usted no pueda tomar sus propias decisiones.

Los siguientes documentos se anexarán a este plan de cuidados:

_____ Documento de instrucciones médicas por adelantado o testamento vital

_____ Poder notarial

_____ Órdenes para el tratamiento para mantener la vida o sobre el alcance del tratamiento

**Información proporcionada por el Colegio Estadounidense de Médicos.

Planes para el seguimiento

Pídale a su proveedor médico que le explique cuándo debería llamar al consultorio, ir a la sala de emergencias o programar una cita de seguimiento habitual. *¿Cuáles son los signos y síntomas en los que usted o su cuidador deberían fijarse? Asegúrese de escribir en un calendario todas las citas médicas para que sus cuidadores puedan verlas.*



Plan de cuidados completo
 Complete ESTE FORMULARIO con la información de la PERSONA QUE RECIBE LOS CUIDADOS

Contactos de emergencia

Nombre	Relación	Número de teléfono	Dirección

- He pensado sobre lo que el tratamiento médico significará para mí y lo he conversado con mi familia, mis cuidadores y proveedores médicos.
- Este plan es un resumen del manejo y los planes médicos que tengo actualmente e incluye a aquellas personas involucradas en mi atención médica.

Les he dado una copia de mi plan de cuidados a las siguientes personas:

Relación	Nombre completo	Número de teléfono	Dirección
Médico			
Familiar			
Amigo			
Otro			