



# My Health Pocket Guide





Desarrollado por Debra  
Gillman  
Impreso en 2009  
Quinta impresión en 2020



Mis notas

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---


---

---


Esta publicación está diseñada para ser usada junto a:

*Transition to Adult Health Care - A Training Guide in Three Parts*  
[ucedd.waisman.wisc.edu/wp-content/uploads/sites/74/2017/05/TAHC.pdf](http://ucedd.waisman.wisc.edu/wp-content/uploads/sites/74/2017/05/TAHC.pdf)

*The Workbook for Youth*  
[ucedd.waisman.wisc.edu/wp-content/uploads/sites/74/2017/05/workbook-for-youth.pdf](http://ucedd.waisman.wisc.edu/wp-content/uploads/sites/74/2017/05/workbook-for-youth.pdf)



El Programa para niños y jóvenes con necesidades de atención médica especiales (*The Children and Youth with Special Health Care Needs Program*), dentro del Departamento de servicios sanitarios de Wisconsin (*Wisconsin Department of Health Services*), en la División de salud pública (*Division of Public Health*), es apoyado con fondos de la subvención en bloque de los Servicios del Título V de salud materno-infantil (*Maternal and Child Health Title V Services Block Grant*), la Oficina de salud materno-infantil (*Maternal and Child Health Bureau*), la Administración de recursos y servicios médicos (*Health Resources and Services Administration*), y el Departamento de salud y servicios humanos de los EE.UU. (*U.S. Department of Health and Human Services*). Esta publicación fue financiada con fondos de la Administración de recursos y servicios médicos de los EE.UU. (*U.S. Health Resources and Services Administration*), y la Oficina de salud materno-infantil a través de la subvención número 4DOMCO4467-01-03, la Iniciativa de sistemas integrados para las comunidades de Wisconsin (*Wisconsin Integrated Systems for Communities Initiative*).



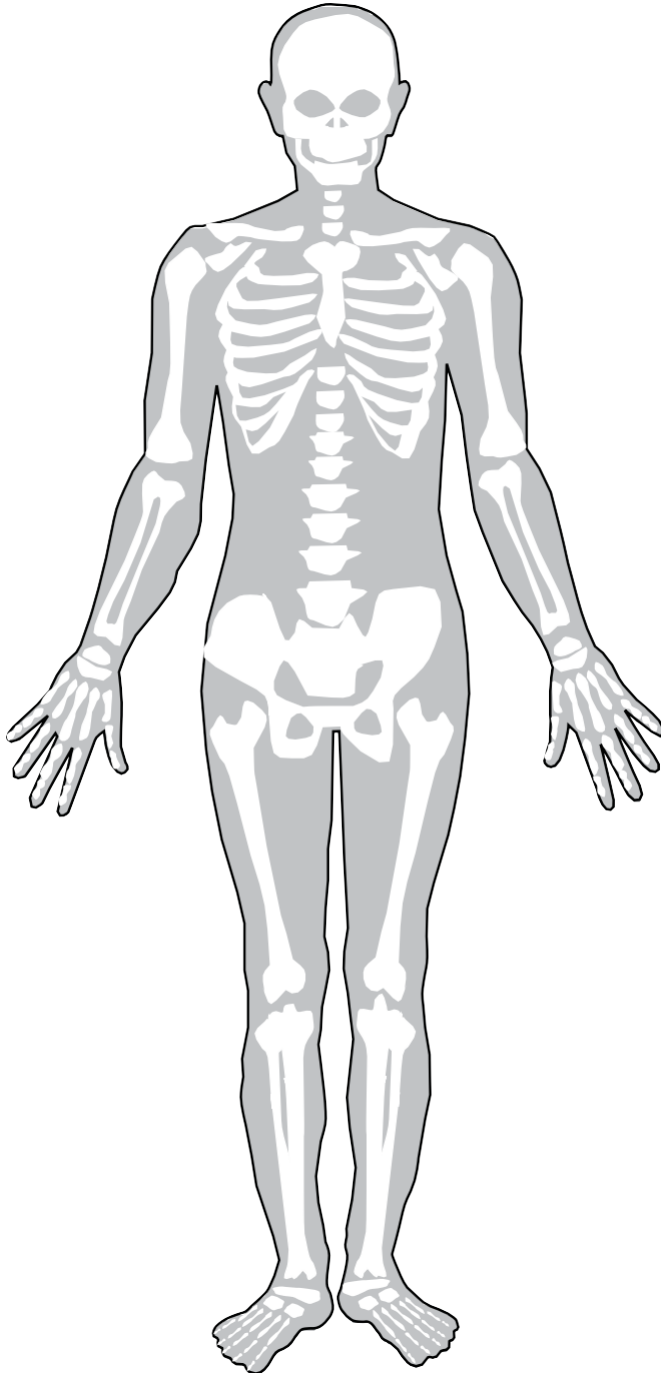
El Centro Waisman, de la Universidad de Wisconsin–Madison, se dedica al avance del conocimiento sobre el desarrollo humano, las discapacidades del desarrollo y las enfermedades neurodegenerativas. Es uno de los nueve centros nacionales que abarcan un Centro de investigación de discapacidades intelectuales y del desarrollo designado por el Instituto nacional de salud infantil y desarrollo humano (*National Institute of Child Health and Human Development*), y un Centro universitario para la excelencia en discapacidades del desarrollo (*University Center for Excellence in Developmental Disabilities, UCEDD*, por sus siglas en inglés) designado por la Administración de discapacidades del desarrollo.



# Mi guía sanitaria de bolsillo

## My Health

Use esta guía de bolsillo y un cuaderno o carpeta para realizar un seguimiento de su información médica. Recuerde que su información médica es privada.



- ✓ Use una página distinta para cada una de sus citas médicas.
- ✓ Ponga el nombre del médico u otro proveedor de atención médica que esté viendo y la fecha de la cita en la parte superior de esa página.
- ✓ Antes de acudir a su cita, escriba cómo se ha estado sintiendo últimamente, cualquier síntoma de enfermedad y cualquier preocupación que pueda tener en particular.
- ✓ Puede ir a la cita acompañado de alguien de confianza. Esa persona puede permanecer con usted durante toda la cita o solo al principio o al final de la cita. Después todavía puede pasar algún tiempo a solas con su proveedor de atención médica.
- ✓ Anote información e instrucciones en la cita, para así no tener que intentar acordarse de todo. Si necesita ayuda para hacerlo, pídsela a su proveedor o a la persona que le acompaña.
- ✓ Recuerde: puede hablar con su médico sobre cualquier pregunta o preocupación médica. Para poder ayudarle, su médico necesita conocer cómo se siente realmente y sus preocupaciones. Es importante pedir que le repitan o vuelvan a explicar la información si no la entendió la primera vez. Puede pedirle al médico que le escriba la información, especialmente si hay términos médicos o palabras nuevas que puedan ser difíciles de recordar. A veces, ver la información puede ayudar.
- ✓ Use las preguntas de esta guía de bolsillo para ayudarle en su cita.



Nombre \_\_\_\_\_

Me gusta que me llamen \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

(Trabajo) \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Cómo me comunico mejor: \_\_\_\_\_

Cómo me gusta aprender nueva información o destrezas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Preguntas que hacer en una cita habitual:

- ¿Cómo cree que me encuentro?
- ¿Hay algún problema del que deba estar al corriente?
- ¿Necesito algún examen médico? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?
- ¿Necesito medicación nueva o cambios en mi medicación?
- En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ¿Hay algún efecto secundario?
- ¿Hay algún cambio que deba realizar en mi día a día para cuidar de mí mismo? En caso afirmativo, ¿qué tipo de cambio?
- ¿Hay algún cambio en lo que puedo y no puedo hacer?
- En caso afirmativo, ¿de qué tipo (especialmente en el trabajo o la escuela)?
- ¿Necesito otra cita? En caso afirmativo, ¿cuándo?
- ¿Hay alguna otra información que deba recordar?
- Seguimiento / ¿Cuál es el siguiente paso?



## Preguntas que hacer sobre una hospitalización o cirugía:

- ¿Por qué es esto necesario?
- ¿Hay alguna alternativa o tratamiento?
- ¿Qué tendrá que hacerse?
- ¿Cuáles son los riesgos o posibles complicaciones?
- ¿Cuánto tiempo estaré en el hospital?
- ¿Qué pasará cuando esté allí?
- ¿Qué cambiará en mí después de la cirugía?
- ¿En qué aspectos seguiré igual?
- ¿Necesito hacer algo diferente para prepararme para la cirugía u hospitalización?
- ¿Hay instrucciones especiales por escrito que necesite tener antes, durante o después?
- ¿Adónde voy y qué tengo que llevar?



## Qué me gusta hacer con mi tiempo (escuela, trabajo, aficiones, etc.):

---



---



---



---



---



---



---



---

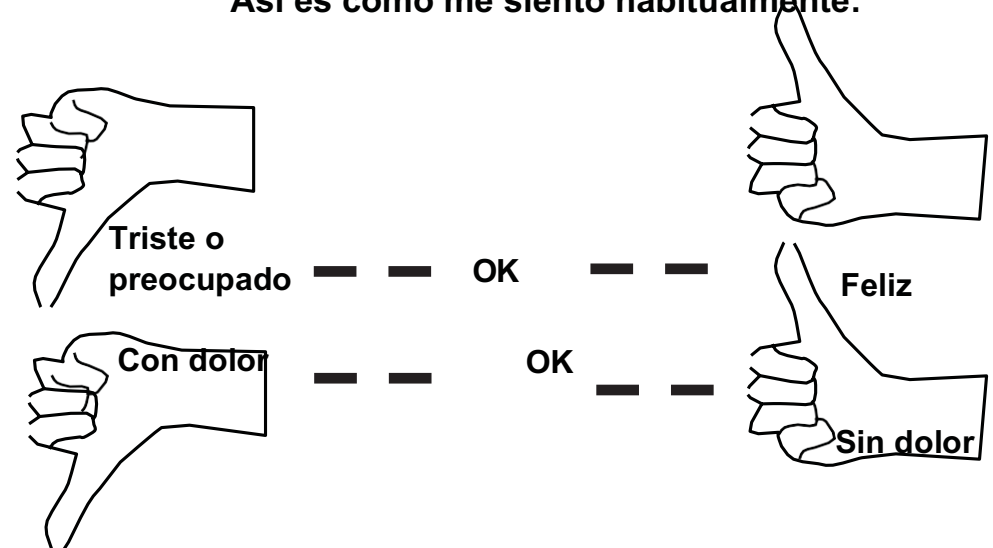


---



---

### Así es como me siento habitualmente:





### Mis necesidades y preocupaciones de atención médica:

---

---

---

---

### Mi medicación (nombre, cantidad y cuándo la tomo): *Escriba aquí su medicación o en su cuaderno de atención médica.*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Para listados adicionales vea el plan de cuidados o el cuaderno de atención médica.



### Preguntas que hacer cuando está enfermo:

- ¿Qué va mal?
- ¿Qué me ha causado esto?
- ¿Qué debo hacer al respecto?
- ¿Cuánto durará?
- ¿Puedo ir al trabajo/a la escuela?
- ¿Necesito medicinas?
- ¿Esta medicina tiene algún efecto secundario?
- ¿Afectará esta nueva medicina a los medicamentos que ya estoy tomando?
- ¿Qué ocurre si no me empiezo a sentir mejor o si me siento peor?
- ¿Hay algún cambio en lo que tengo que hacer para cuidarme?
- ¿Necesito otra cita?
- ¿Hay alguna otra indicación o información que necesite saber?
- Seguimiento / ¿Cuál es el siguiente paso?



### **Preguntas que hacer al dentista:**

*Asegúrese de decir al dentista si tiene miedo, si se atraganta con facilidad o si tiene problemas para mantener la boca abierta.*

- ¿Qué tipo de problemas dentales tengo?
- ¿Qué causa estos problemas?
- ¿Qué puedo hacer para mejorar estos problemas o para no empeorarlos?
- ¿Hay algún cepillo de dientes específico que deba usar?
- ¿Hay alguna pasta de dientes específica que deba usar?
- ¿Con qué frecuencia y cuándo debería lavarme los dientes?
- ¿Puede mostrarme cómo debo lavarme los dientes?
- ¿Hay un enjuague bucal específico que deba usar?
- ¿Con qué frecuencia debería usar enjuague bucal?
- ¿Puede enseñarme formas de usar el hilo dental más fácilmente?
- ¿Cuándo debería usar hilo dental?
- ¿Me recomienda algún cambio en mi dieta?
- ¿Cuándo necesito otra cita?



### **Mis alergias (incluyendo el látex y alergias a medicamentos):**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### **Registro de vacunas:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Si necesita más espacio use su cuaderno de atención médica.



## Mi equipo de atención médica

Escriba aquí el nombre de sus médicos, terapeutas y demás proveedores de salud (incluyendo el proveedor farmacéutico, de equipos y de suministros) o en su cuaderno de atención médica.

Nombre	Especialidad	Número de teléfono



## ¿Quién me ayuda con las decisiones médicas o el seguimiento:

Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

(Trabajo) \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Poder notarial para la atención médica: \_\_\_\_\_

Tutor: Yo \_\_\_\_\_ Otro (nombre) \_\_\_\_\_

Acuerdo de toma de decisiones con apoyo  Sí  No

Información sobre hospitalizaciones y cirugías: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_