

Este documento contiene información importante para que pueda conocerme y apoyarme mejor cuando Recibir atención médica, dental o de otro tipo. Por favor guarde esta información donde otros puedan hacer consulta o citar fácilmente, y por favor **LEA ESTO ANTES** de intentar ayudarme con tratamiento o atención médica.

Información Demográfica

Nombre: _____ Numero de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Raza: _____ Estado civil: _____

Información de seguro: _____ Otro Nro. de Identificación: _____

Médico Familiar:

Nombre: _____ Numero de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Psiquiatra:

Nombre: _____ Numero de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dentista:

Nombre: _____ Numero de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Hospital Preferido:

Numero de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto Familiar (y/o la persona que apoya mi toma de decisiones):

Nombre: _____ Numero de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Notificación de Emergencia:

Nombre: _____ Numero de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre: _____

Información Clínica Importante

Código del Estado:

☐ Tratamiento completo

☐ No Resucitación

Otro _____

Diagnósticos:

Medicamentos y dosis:

Alergias a medicamentos o reacciones adversas y tipo de reacciones:

Alergias alimenticias y tipo de reacción:

Cuando siento dolor a menudo yo: (describa el comportamiento, etc.)

Nivel de movilidad y manera habitual de movilidad: (Describa el método, la marcha habitual o el patrón de movimiento y los apoyos necesarios)

Mi dieta es: (tipo y textura)

El tipo de asistencia que necesito cuando como:

El tipo de asistencia que necesito cuando bebo:

Mi peso más reciente (y la fecha)

Mi peso en los últimos 6 meses (Enumere los pesos mensuales y las fechas de medidas)

Tomo los medicamentos mejor de esta forma: (Líquidos, pastillas, mezcladas en pudín, etc.)

Como voy al baño: (Nivel de continencia, asistencia, ayudas o productos necesarios)

Mi patrón habitual de evacuaciones intestinales:

Nombre: _____

ReplacingRisk.com · 877-748-4778

Información Importante Sobre La Comunicación

Me comunico mejor usando: (palabras, gestos, lenguaje de señas, comportamientos, etc.)

Mi Audiencia: (normal, algo deteriorada, totalmente deteriorada, etc.)

Mi Visión: (normal, algo deteriorada, totalmente deteriorada, etc.)

Información Social Importante

Mis amigos y personas que me conocen me describen como: (divertido(a), agradable, inteligente, bueno(a) en los rompecabezas, etc.)

Me gusta:

Cuando me gusta algo, lo expreso de la siguiente manera:

No me gusta:

Cuando no me gusta algo, lo expreso de la siguiente manera:

La mejor manera de comunicarse conmigo es:

Mi patrón de sueño habitual es:

Mis actividades favoritas son:

Normalmente interactúo con amigo(a)s de esta manera: (amigable, simpático(a), ira, miedo, etc.)

Normalmente interactúo con desconocidos de esta manera: (amigable, simpático(a) ira, miedo, etc.)

Cuando estoy enojado(a) a veces:

Cuando estoy disgustado, la mejor manera de calmarme es:

Cosas a las que soy sensible a incluyen: (vistas específicas, sonidos, olores, texturas o telas, etc.)

Cosas que me ayudan a pasar el tiempo:

Puntajes de la Health Risk Screening Tool

Nivel general de atención médica: _____

- Niveles 1 y 2 riesgo bajo
- Niveles 3 y 4 riesgo moderado
- Niveles 5 y 6 riesgo alto

Fecha del puntaje más reciente: _____

Individual scores (Attach a print-out of the scoring summary)

Información Adicional:

Nombre: _____