

LISTA DE COTEJO DE PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS

INFORMACIÓN MÉDICA E INFORMACIÓN PLAN MÉDICO



El formulario de **INFORMACIÓN MÉDICA E INFORMACIÓN PLAN MÉDICO** tiene el propósito de compartir la información médica importante para que el personal de emergencias o cualquier otra persona le puedan asistir tras un desastre natural. Esta hoja debe completarse en conjunto con la **TARJETA DATOS MÉDICOS PARA BILLETERA**. Mantenga este formulario en conjunto con la **TARJETA DATOS MÉDICOS PARA BILLETERA** con usted en todo momento y una copia adicional de ambos documentos en su **MOCHILA DE EMERGENCIA**. Actualice la información cada seis meses o cuando ocurra un cambio en su condición de salud.

Fecha de la última revisión y actualización de este formulario:

_____ / _____

DATA PERSONAL

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

TELÉFONO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____

TELÉFONO: _____

RELACIÓN: _____

HISTORIAL MÉDICO Y DE SALUD

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Fiebres | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Periodos de falta de conciencia | <input type="checkbox"/> Dolores musculares |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Erupciones en la piel |
| <input type="checkbox"/> Vejiga hiperactiva/problemas digestivos | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Acidez o Reflujo | <input type="checkbox"/> Respiración comprometida |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación | <input type="checkbox"/> Hígado enfermo | <input type="checkbox"/> Impedimento visual |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones | <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ |

Enumere cualquier condición que se esté tratando actualmente o se haya tratado en el pasado (ej. infartos, ataques al corazón, operaciones, etc):

Verifique mi **TARJETA DATOS MÉDICOS PARA BILLETERA** para la información relacionada a mi médico primario, hospital de preferencia, lista de alergias y lista de medicamentos.

INFORMACIÓN DE MIS EQUIPOS O DISPOSITIVOS MÉDICOS

(Ej. marca pasos, bomba de insulina, ventilador, CPAP, oxígeno, prótesis, equipo asistivo, entre otros)

Tipo de dispositivo:	Tipo de dispositivo:	Tipo de dispositivo:
Médico:	Médico:	Médico:
Instrucciones de uso:	Instrucciones de uso:	Instrucciones de uso:

DESTREZAS DE MOVILIDAD Y TAREAS DIARIAS

<p>Nivel de Independencia (marque uno):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Independiente – puedo completar todas las actividades diarias por mi cuenta. <input type="checkbox"/> Asistencia a solicitud – necesito asistencia relacionada a tareas de movilidad y algunas actividades del diario vivir. <input type="checkbox"/> Asistencia parcial – necesito asistencia en algunas tareas del diario vivir. <input type="checkbox"/> Asistencia total – necesito asistencia en todas las tareas de mi diario vivir. 	<p>Comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Puedo comunicarme utilizando mi voz (palabras) <input type="checkbox"/> Utilizo lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Utilizo un comunicador <input type="checkbox"/> Tengo destreza en labio lectura <input type="checkbox"/> Necesito un intérprete para el idioma <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utilizo un dispositivo auditivo <input type="checkbox"/> Utilizo tableta electrónica o iPad <input type="checkbox"/> Utilizo un conector para comunicarme
<p>Movilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Silla de Rueda o escúter <input type="checkbox"/> Inmovilidad total 	<p>Otros comentarios importantes:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
<p>Impedimento Sensorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditivo <input type="checkbox"/> Lenguaje <input type="checkbox"/> Cognitivo 	<p>Otros comentarios importantes:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>

PREFERENCIAS Y CONSIDERACIONES:

<p>Método preferido de transportación si no está en una situación de emergencia:</p>	<p>Posibles métodos de transportación de haber una emergencia:</p>
<p>Entrenamiento especial para atenderme: (ej. tengo un ventilador y necesito una persona que sepa cómo utilizar y mantener la misma).</p>	<p>Instrucciones especiales a rescatistas y cuidadores: (ej. que puede agravar mi condición, síntomas e intervenciones).</p>
<p>Consideraciones si no respondo a tratamientos médicos: (ej. verifiqué medicamentos a utilizarse solo cuando necesario)</p>	<p>Consideraciones relacionadas a mis preferencias personales: (ej. “La temperatura de mi cuerpo generalmente es más baja de lo normal, por favor ponerme frisa y sombrero en todo momento”).</p>