

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)

<b>Tipo de dispositivo:</b>	<b>Tipo de dispositivo:</b>	<b>Tipo de dispositivo:</b>
<b>Médico:</b>	<b>Médico:</b>	<b>Médico:</b>
<b>Instrucciones de uso:</b>	<b>Instrucciones de uso:</b>	<b>Instrucciones de uso:</b>

## DESTREZAS DE MOVILIDAD Y TAREAS DIARIAS

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