

Información sobre cuidado de salud personal

Para las personas que reciben servicios en el hogar y cuidado de salud en el hogar

Además de completar el Plan familiar, las personas que reciben servicios en el hogar y cuidado de salud en el hogar deben recopilar la siguiente información:

Nombre _____

Sexo _____ Tipo de sangre _____ Peso _____ Estatura _____

Nombre de contacto de emergencia _____

Parentesco _____ Número de teléfono _____

Nombre del médico de cabecera _____ Número de teléfono _____

Farmacia _____ Número de teléfono _____

Medicamentos actuales

Nombre	Dosis	Médico que receta

Si es necesario, use hojas de papel adicionales para los medicamentos que usa actualmente.

Alergias (medicamentos, alimentos, otros)

Nombre			
Reacción			

Vacunas

Nombre	Enfermedad	Fecha de vacunación

Si es necesario, use hojas de papel adicionales para las vacunas.

Necesidades especiales

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Impedimentos visuales | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Discapacidades físicas |
| <input type="checkbox"/> Impedimentos auditivos | <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Impedimentos cognoscitivos |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad mental | <input type="checkbox"/> Problemas del habla/lenguaje | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Equipo médico

Artículo			
Nombre del proveedor			
Número de teléfono			
Nombre compañía de reparaciones			
Número de teléfono			

Servicios públicos locales

Nombre			
Address			
Número de teléfono			

Necesidades nutricionales

Tubo de alimentación Diabético Otro _____

Cirugías anteriores (en los últimos seis meses)

Tipo			
Fecha			
Médico			

Si es necesario, use hojas de papel adicionales para las cirugías anteriores.

¿Quién le ayudará a evacuar?**Apoyo**

Nombre		
Address		
City		
State		
Zip		
Teléfono		

Frasco de vida (Vial of Life) e Instrucciones previas

Frasco de vida - Ubicación _____

Instrucciones previas - Ubicación _____

Plan de cuidado actual

Servicios en el hogar o dirigidos al consumidor

Nombre del proveedor _____ Número de teléfono _____

Servicios proporcionados _____

Cuidado de salud en el hogar

Nombre del proveedor _____ Número de teléfono _____

Servicios proporcionados _____

Residencia para enfermos terminales

Nombre del proveedor _____ Número de teléfono _____

Servicios proporcionados _____

Además, recuerde:

llevar con usted su kit de emergencia, incluyendo medicamentos y equipo médico, si tiene que evacuar.

notificar a los proveedores su información de evacuación o relocalización para que puedan continuar brindando sus servicios, si es necesario.

Discuta esta información con toda su familia.

Para más información sobre cómo prepararse para una emergencia, visite health.mo.gov/emergencies/readyin3 o comuníquese con su departamento local de salud pública.

Missouri Department of Health and Senior Services
Center for Emergency Response and Terrorism
P.O. Box 570
Jefferson City, MO 65102-0570
573.526.4768



Spanish #850 - 10-08