

Registro Personal de Salud

Nombre: _____

Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con _____

al (_____) _____ - _____



No se olvide de llevar este registro con usted a todas las visitas al médico.

Información Personal

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de identificación de CalViva Health: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____

Información de la familia o el cuidador

Nombre: _____

Parentesco de esta persona con el paciente: _____

N.º de teléfono: _____

Otro n.º de teléfono (por ejemplo, del trabajo): _____

¿De qué manera su familia o sus cuidadores le ayudan a controlar sus afecciones?

Información del proveedor de atención de salud

Médico de atención primaria¹: _____

N.º de teléfono: _____

Farmacia: _____

Atención de salud en el hogar: _____

Infusión: _____

Equipo médico duradero: _____

Otros proveedores: _____

Instrucción anticipada de atención de salud/poder legal (por sus siglas en inglés, POA)

Estos son documentos con los que se informa a su familia, a su cuidador y a su médico cuáles son sus preferencias en cuanto a la atención de salud para cuando no pueda tomar decisiones al respecto.

¿Ha redactado la instrucción anticipada?

☐ Sí ☐ No

¿Dónde se puede encontrar? _____

¹ Es el médico principal al que visitará para obtener todos los servicios básicos de atención primaria.

Indique las estadías recientes en hospitales y hogares de reposo:

¿Ha asistido recientemente a un hospital, a la sala de emergencias o a un hogar de reposo (como un centro de atención a largo plazo o un centro de enfermería especializada)?

Indíquelos aquí.

Nombre del hospital/hogar de reposo: _____

Fecha de admisión: _____

Fecha de alta: _____

Motivo: _____

Nombre del hospital/hogar de reposo: _____

Fecha de admisión: _____

Fecha de alta: _____

Motivo: _____

Nombre del hospital/hogar de reposo: _____

Fecha de admisión: _____

Fecha de alta: _____

Motivo: _____

Nombre del hospital/hogar de reposo: _____

Fecha de admisión: _____

Fecha de alta: _____

Motivo: _____



Mis Afecciones de Salud



Señales de Alarma (signos y síntomas a los que debe estar atento)



Alergias

Preguntas para el Médico

[illegible]

Preguntas para Otros Proveedores de Atención de Salud



Especialista (como un cardiólogo, dermatólogo, nefrólogo, etc.)



Farmacéutico



Administrador de casos



Proveedor de salud del comportamiento



Proveedor de atención de salud en el hogar

Registro de Medicamentos y Suplementos

Enumere aquí los medicamentos y hable con su médico acerca de estos en cada visita.

Incluya también los medicamentos de venta libre que usa habitualmente, como analgésicos, medicamentos contra la alergia, antiácidos y pastillas para dormir. Asegúrese de informar a todos sus médicos cada vez que le cambian los medicamentos. Esto es fundamental después de una hospitalización. Escriba con lápiz para poder actualizar fácilmente esta lista.

Nombre	Nombre y número de teléfono del médico	Dosis	Frecuencia	Motivo	Nuevo
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐

Calendario de Citas



Proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Médico	Fecha	Hora

Mi Diario de Cuidado Personal

Escriba sus objetivos de salud y cómo hace un seguimiento de su progreso. Compártalos con su médico en la siguiente visita.

1

Objetivo Personal de Salud N.º 1

Cómo Mido mi Progreso:

2

Objetivo Personal de Salud N.º 2

Cómo Mido mi Progreso:

3

Objetivo Personal de Salud N.º 3

Cómo Mido mi Progreso:

Notas:

Servicios al Afiliado de CalViva Health

Estamos aquí para ayudarle y responder preguntas sobre los beneficios.

888-893-1569 (TTY: 711)

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.