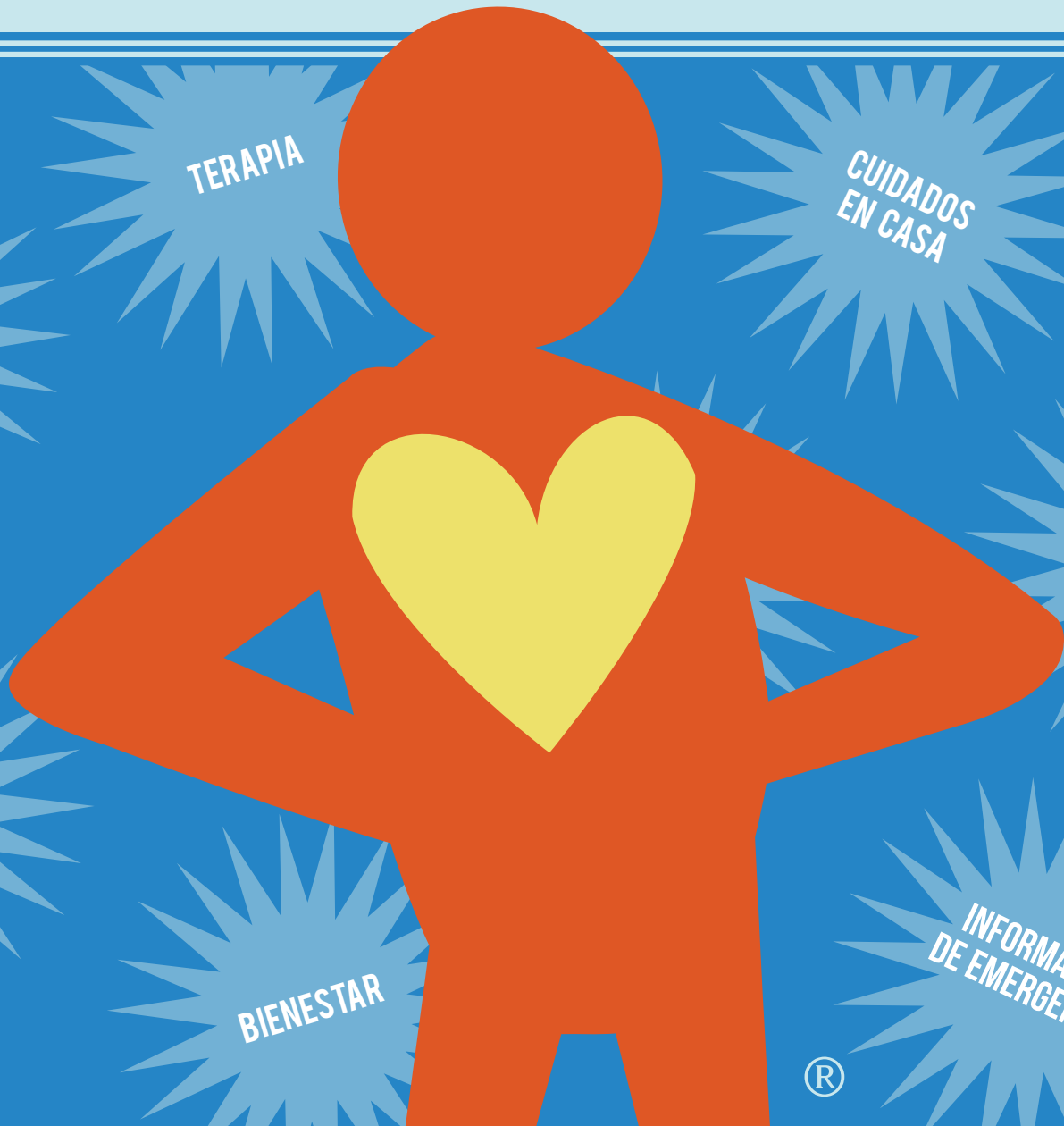




**CENTENE**<sup>®</sup>  
Corporation



# MI PLAN DE CUIDADOS



DOCTORES

TERAPIA

CUIDADOS  
EN CASA

ARCHIVOS  
DE SALUD

MEDICAMENTOS

BIENESTAR

INFORMACIÓN  
DE EMERGENCIA

®

**¡ORGANIZA TU VIDA  
SEGÚN TU SALUD!**

# Bienvenido a Mi plan de cuidados

Una de las cosas más importantes para cuidar de tu salud es tener contigo toda la información sobre tu condición, además de tenerla actualizada lo mejor posible. Es una forma de aliviar el estrés y de darles a las personas que te atienden la más reciente información sobre tu salud y los cuidados que recibes. Este libro te resultará útil y te facilitará llevar los récords de tu estado de salud.

¡Asegúrate siempre de tenerlo contigo y guardarlo en un lugar seguro!

## ✓ LISTA

Marca los formularios de este libro que has completado

- |                                                                                          |                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MIS VALORES (Pág. 4)                                            | <input type="checkbox"/> MI COORDINADOR DE CASO (Pág. 28)                              |
| <input type="checkbox"/> MIS ELECCIONES (Pág. 5)                                         | <input type="checkbox"/> MI TRANSPORTACIÓN (Pág. 29)                                   |
| <input type="checkbox"/> MI INFORMACIÓN GENERAL (Pág. 7)                                 | <input type="checkbox"/> MIS CITAS MÉDICAS (Pág. 30)                                   |
| <input type="checkbox"/> CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA (Pág. 9)                        | <input type="checkbox"/> MI TABLA DE EJERCICIO (Pág. 32)                               |
| <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN FAMILIAR (Pág. 11)                                  | <input type="checkbox"/> SEGURIDAD EN SILLA DE RUEDAS/<br>ANDADOR ORTOPÉDICO (Pág. 33) |
| <input type="checkbox"/> MIS DATOS MÉDICOS (Pág. 12)                                     | <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DE CUIDADOS EN CASA<br>(Pág. 39)                  |
| <input type="checkbox"/> MIS MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS<br>HERBALES Y VITAMINAS (Pág. 16) | <input type="checkbox"/> PREGUNTAS PARA MI FISIOTERAPEUTA<br>(Pág. 42)                 |
| <input type="checkbox"/> MI HORARIO DIARIO DE LOS<br>MEDICAMENTOS (Pág. 19)              | <input type="checkbox"/> MIS EQUIPOS MÉDICOS DE LARGA<br>DURACIÓN (Pág. 43)            |
| <input type="checkbox"/> MI REGISTRO DE LA PRESIÓN<br>ARTERIAL (Pág. 21)                 | <input type="checkbox"/> MI LISTA DE PRODUCTOS PARA LA SALUD<br>(Pág. 46)              |
| <input type="checkbox"/> MI REGISTRO DE HIDRATACIÓN<br>(Pág. 22)                         | <input type="checkbox"/> MIS LIMITACIONES Y LAS<br>CONDICIONES DE MI DIETA (Pág. 48)   |
| <input type="checkbox"/> MI HISTORIA CLÍNICA DE LA SALUD<br>MENTAL (Pág. 23)             | <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN SOBRE MIS CUIDADOS A<br>LARGO PLAZO (Pág. 50)     |
| <input type="checkbox"/> ASUNTOS ACTUALES (Pág. 24)                                      | <input type="checkbox"/> PREGUNTAS SOBRE MI REGRESO AL<br>TRABAJO (Pág. 51)            |
| <input type="checkbox"/> MI CONDICIÓN (Pág. 26)                                          | <input type="checkbox"/> MI PLAN DE TRABAJO (Pág. 52)                                  |
| <input type="checkbox"/> MIS DOCTORES (Pág. 27)                                          | <input type="checkbox"/> OTROS CONTACTOS (Pág. 53)                                     |

**Nota legal:** Este libro proporciona información general sobre la planificación del cuidado de la salud y otros temas relacionados. Esta información no es una recomendación médica ni se debe usar como único referente del tema, ni para el diagnóstico o tratamiento de un problema de salud ni en lugar de consultar a un profesional de la salud autorizado. Consulte con un médico o profesional de la salud calificado sus problemas específicos y sus necesidades de salud, y para discutir profesionalmente sus preocupaciones médicas, nutricionales, físicas, de salud, emocionales o personales.

# MI PLAN DE CUIDADOS

## TABLA de CONTENIDO

<b>2</b>	DECISIONES SOBRE TU SALUD	<b>33</b>	SEGURIDAD EN EL HOGAR PARA SILLAS DE RUEDAS Y ANDADORES ORTOPÉDICOS
<b>7</b>	MI INFORMACIÓN GENERAL	<b>38</b>	CUIDADOS EN EL HOGAR
<b>12</b>	MI INFORMACIÓN MÉDICA	<b>41</b>	MI TERAPIA Y MI REHABILITACIÓN
<b>16</b>	MIS MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS HERBALES Y VITAMINAS	<b>43</b>	MIS EQUIPOS MÉDICOS DE LARGA DURACIÓN
<b>19</b>	HORARIO DIARIO DE MEDICAMENTOS	<b>44</b>	MI NUTRICIÓN
<b>20</b>	INTERACCIÓN ENTRE LOS MEDICAMENTOS	<b>48</b>	MIS LIMITACIONES DIETÉTICAS
<b>21</b>	MI REGISTRO DE LA PRESIÓN ARTERIAL	<b>50</b>	MIS CUIDADOS A LARGO PLAZO
<b>22</b>	MI HIDRATACIÓN	<b>51</b>	DE VUELTA AL TRABAJO
<b>23</b>	MI HISTORIA CLÍNICA DE LA SALUD MENTAL	<b>53</b>	OTROS CONTACTOS
<b>26</b>	MI CONDICIÓN	<b>54</b>	GLOSARIO DE TÉRMINOS DEL BIENESTAR DIARIO
<b>27</b>	MIS DOCTORES	<b>57</b>	MI DIARIO
<b>28</b>	MI COORDINADOR DE CASO	<b>59</b>	MIS NOTAS
<b>29</b>	MIS VIAJES AL DOCTOR		RECURSOS
<b>30</b>	MIS CITAS MÉDICAS		
<b>31</b>	EL EJERCICIO Y MI CONDICIÓN MÉDICA		

# DECISIONES SOBRE TU SALUD

## DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

**Todas las personas necesitan un documento de voluntades anticipadas, no solamente aquellos que están enfermos y a punto de morir.**

Todos podemos encontrarnos en una situación terrible. No tenemos que estar enfermos o muriéndonos para pensar en un documento de voluntades anticipadas. Tú tienes el derecho de tomar decisiones sobre el cuidado de tu salud. Queremos que participes activamente en esas decisiones y en los cuidados que necesitas.

No es un pensamiento agradable, pero ¿qué sucede si enfermas gravemente y no puedes comunicarle a tu doctor tus deseos con relación al tratamiento médico? El documento de voluntades anticipadas es la forma de asegurarte de que todos conozcan cuáles son esos deseos.

Puedes decidir con anticipación las medidas a tomar durante tu enfermedad o designar a una persona para que tome esas decisiones por ti. Es decir, planificar el tratamiento en caso de que estés impedido de tomar decisiones.

El documento de voluntades anticipadas puede incluir:

- ✱ Testamento vital
- ✱ Poder notarial sobre cuidados de salud
- ✱ Orden de “no resucitar”

**Descarga el documento de voluntades anticipadas de tu estado en este sitio:**  
[uslwr.com/formslist.shtm](http://uslwr.com/formslist.shtm)

Habla con tu doctor acerca de este derecho.

Una vez que hayas completado el formulario, pídele a tu doctor que lo archive en tu historia clínica. Entre los dos, pueden tomar decisiones que te harán sentir más tranquilo.

El documento de voluntades anticipadas puede ser modificado en cualquier momento, en caso de que quieras hacerlo o lo necesites. Asegúrate de que los demás saben que tienes ese tipo de documento.

El documento de voluntades anticipadas asegura que vas a recibir el tratamiento que deseas, cuando no puedas ser capaz de decidir por ti mismo.



# LA CALIDAD DE TU VIDA



Debes ser tú quien decida qué es lo que más valoras en la vida y cuál es el tipo de vida que quieres vivir. Tomar esas decisiones cuando estás en control de tu vida, te asegurará que se cumplan tus deseos.

Hazte estas preguntas y habla sobre ellas con tu familia, tus amigos cercanos y el personal médico que te atiende:

- ⇒ ¿Qué es a lo que más le temes de estar enfermo o herido?
- ⇒ ¿Cómo te sentirías si no pudieras hacer las cosas que más te gusta hacer?
- ⇒ ¿Cómo te sentirías si no pudieras tomar tus propias decisiones?
- ⇒ ¿Cómo te sentirías si no pudieras valerte por ti mismo o ir a cualquier lugar?
- ⇒ ¿Cómo te sentirías si tuvieras que mudarte de tu casa?
- ⇒ Al final de tu vida, ¿quisieras estar en un hospital o en un hogar de ancianos?

# MIS VALORES

Lee las afirmaciones siguientes y evalúa cuán importantes son en tu vida.

	Muy importante	Más o menos importante	No muy importante
Poder cuidarme solo			
Levantarme de la cama todos los días			
Poder valerme por mí mismo			
Reconocer a las personas allegadas			
Hablar y comprender a los demás			
Tomar mis propias decisiones			
Permanecer en mi casa toda mi vida			
Vivir sin mucho dolor			
Vivir sin la necesidad de tratamientos médicos o máquinas para mantenerme vivo			
Pagar mis propios gastos			
Dejar dinero a mi familia o a una causa o institución en la que tengo fe			
Ser fiel a mis creencias			
Vivir la mayor cantidad de años posibles			
Probar todos los tratamientos médicos que pueda			
No retrasar la muerte			

## Orden médica para tratamiento de soporte vital (POLST por sus siglas en inglés)

Este programa es un plan para el final de la vida al que se llega después de hablar con los doctores, personal médico, familiares y otros pacientes. Consiste en asegurarse de que en caso de que te encontraras seriamente enfermo o delicado, puedas ser capaz de seleccionar tu tratamiento. Tu decisión será documentada y respetada.

**POLST.org**

---



---



---



---



---

# MIS DECISIONES

Imagina que te encuentras en cualquiera de los siguientes casos. ¿Qué tipo de vida quisieras durante o después del tratamiento? Decide cuál tratamiento prefieres. Escribe SÍ o NO en cada sección.

## SI TENGO...

## QUISIERA...

RSP (reanimación cardiopulmonar)

RESPIRACIÓN ARTIFICIAL

TUBO DE ALIMENTACIÓN

MÁQUINA DE DIÁLISIS

MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR

NINGÚN TRATAMIENTO

Una complicación repentina... sin otros problemas serios de salud						
y otros problemas serios de salud, como enfermedades del corazón o derrame cerebral						
Una enfermedad crónica... y el tratamiento resultó efectivo						
pero el tratamiento ya no tiene efectividad						
Una enfermedad mortal... y el tratamiento puede todavía mantenerme activo y sin dolor						
y el tratamiento ya no funciona y no puede mantenerme activo y sin dolor						
Estado de coma... sin otros problemas de salud						
y una enfermedad de larga duración o mortal						

Si tienes una enfermedad mortal o te encontraras en coma los cuidados para enfermos terminales pueden ser una solución. El cuidado para pacientes terminales mantiene el bienestar físico del paciente hasta el momento de la muerte.

¿Quisieras recibir cuidados para pacientes terminales?

# TU VOLUNTAD

Poner por escrito tus deseos es una forma de hacerlos valer legalmente. Debes usar los formularios apropiados de tu estado. Un testamento vital y un poder notarial para tu atención médica, o ambos, te ayudarán a legalizar tus deseos y a que estos sean vinculantes, es decir, que deben cumplirse obligatoriamente.

## Testamento vital:

Documento de voluntades anticipadas por escrito que expone los deseos de una persona con relación al tratamiento médico que quiere que se le administre en caso de que ella no pueda expresarlo.

Registro de EE.UU. de testamentos vitales  
[uslwr.com/formslist.shtm](http://uslwr.com/formslist.shtm)

## Orden de no resucitar (ONR):

Orden legal por escrito, hecha en el hospital o en un formulario legal, que respeta los deseos del paciente de no recibir RCP, resucitación cardiopulmonar, si el corazón o los pulmones dejan de funcionar.

American Medical ID: Formularios de No Resucitar por estado:  
[americanmedical-id.com/extras/dnr.php](http://americanmedical-id.com/extras/dnr.php)

¿QUÉ ES ES?

## Poder notarial vigente durante la vida de la persona que concede el poder:

Contrato mediante el cual una persona (el mandante) le da a otra persona (el mandatario) el derecho de gestionar los asuntos relacionados con su salud.

Formularios legales, por estados, para poderes notariales en los EE.UU.:  
[uslegalforms.com/powerofattorney](http://uslegalforms.com/powerofattorney)

**Tómate el tiempo de aprender sobre estos documentos legales de manera que puedas tener toda la información necesaria antes de tomar decisiones.**



# MI INFORMACIÓN GENERAL

En esta sección puedes poner la información más importante. Podrás incorporar otros detalles sobre otros temas en las siguientes secciones.

**Este libro contiene información sobre:**

Nombre Segundo nombre Apellido

Apodo:

Nombres anteriores:

Fecha de nacimiento:

Mes

Día

Año

Lugar de nacimiento:

Ciudad

Estado

País

Dirección principal:

Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono celular: ( )

Teléfono de la casa: ( )

Direcciones previas

Calle Ciudad Estado Código postal

**Información personal**

**Estado civil (marca uno):**  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Otro

**Servicio militar**

**División:**

---

**Fecha de alistamiento:**

---

**Rango:**

---

**Bases militares:**

---

---

---

**Distinción(es) / Galardón(es):**

---

**Fecha de salida:**

---

**Oficio(es):**

---

**Nombre de la compañía:**

---

**Año de contratación**

---

**Fecha de jubilación**

---

**Historia familiar**

**Nombre de la madre:**

---

**Nombre de soltera de la madre:**

---

**Fecha de nacimiento:**

---

**Lugar de nacimiento:**

---

**Nombre del padre:**

---

**Fecha de nacimiento:**

---

**Lugar de nacimiento:**

---

# CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Para:

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Mes

Día

Año de nacimiento

➔ Contacto principal en caso de emergencia

Nombre:

Parentesco:

Teléfono celular: ( )

Teléfono de la casa: ( )

Dirección de la casa:

Dirección del trabajo:

Teléfono del trabajo: ( )

Dirección electrónica (email):

Notas:

### ➔ Contacto secundario en caso de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección electrónica (email): \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

### ➔ Información adicional en caso de emergencia

Hospital de elección: \_\_\_\_\_

Doctor de cabecera: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la consulta: \_\_\_\_\_

Número de teléfono después de horas de oficina/  
Servicio de recepción de llamadas: \_\_\_\_\_

Lugar donde se encuentra archivado el poder notarial vigente: \_\_\_\_\_

Orden de "No resucitar" (marca uno)  SÍ  NO

Lugar donde se encuentra el documento: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Congregación religiosa: \_\_\_\_\_

Nombre del líder religioso: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

#### Lista de documentos

DOCUMENTO	EXPEDIDO	LUGAR DONDE SE ENCUENTRA
Orden de "No resucitar"		
Testamento vital		
Poder notarial vigente durante la vida de la persona que concede el poder		



# MI INFORMACIÓN MÉDICA

Completa esta sección con la información más reciente y actualízala lo más frecuentemente posible. Lleva un archivo con los récords médicos y todos tus datos de salud. Esta información puede ser muy útil en las citas con el médico o si tienes que ingresar en el hospital.

## ➔ Información del seguro médico

Número de Medicaid

Dirección de la oficina

Teléfono de la oficina

---



---

Número de Medicare

Dirección de la oficina

Teléfono de la oficina

---



---

Otra compañía de seguro

Dirección de la oficina

Teléfono de la oficina

---



---

## ➔ Doctores que te atienden

Nombre

Especialidad

Teléfono

Enfermera

---



---



---



---

Fecha

Mi altura

Mi peso

---



---



---



---

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_



Transfusiones de sangre (marca uno):  
Fechas:

SÍ

NO

---



---

Mano dominante (marca uno):

IZQUIERDA

DERECHA

Marcas de nacimiento:

---



---

Alergias a alimentos:

Tipo de alimento

Síntomas

Fecha de diagnóstico

---



---

Alergias a medicamentos:

Nombre del medicamento

Síntomas

Fecha de diagnóstico

---



---

Vacunas:

TIPO	FECHA DE VACUNACIÓN	VACUNAS COMUNES	REGLAS GENERALES
Gripe o influenza (flu)		Las vacunas trivalentes (protegen contra tres cepas de la gripe); las vacunas tetravalentes (protegen contra cuatro cepas de la gripe)	Los mejores meses para ponerse la vacuna todos los años son septiembre y octubre. Toma cerca de dos semanas para que la vacuna tenga efecto. Mientras más temprano te pongas las vacunas durante la época de la gripe, más posibilidades de no contraer la enfermedad.
Herpes zóster (culebrilla)		Zostavax	Esta vacuna ayuda al sistema inmunológico a luchar contra la enfermedad, causada por un virus, disminuyendo las posibilidades de sufrir de herpes zóster en personas mayores de 50 años. Los estudios han demostrado que el riesgo se reduce en un 50%.
Tétano, difteria y tosferina (DTaP)		La vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina se conoce como la triple.	La mayoría de los niños vacunados con la triple están protegidos durante la niñez. Una dosis de reactivación extiende esa protección hasta la edad adulta.
Enfermedades por neumococos (neumonía, meningitis, septicemia)		Pneumovax Prevnar 13	Puede ser administrada durante cualquier época del año a adultos entre 19 y 64 años de edad con ciertas condiciones médicas. Los mayores de 65 años no deben ponérsela sin razones médicas, si no han pasado 5 años desde que se la pusieron.
Otras			



➔ **Otras condiciones médicas o equipos médicos**

Marca Sí o No	SÍ	NO
<b>Espeuelos o lentes graduados</b>		
En caso positivo, agrega el diagnóstico y la prescripción:		
<b>Lentes de contacto</b>		
En caso positivo, agrega el diagnóstico y la prescripción:		
<b>Aparato auditivo</b>		
En caso positivo, di si lo usas en el oído DERECHO, IZQUIERDO o en AMBOS:		
Marca:		
Modelo:		
Tipo de batería:		
<b>Dentadura postiza</b>		
<b>Dentadura postiza parcial</b>		
<b>Andador ortopédico</b>		
<b>Bastón</b>		
<b>Silla de ruedas</b>		
<b>Silla de ruedas motorizada</b>		
<b>Dispositivos médicos</b>		
En caso positivo, especifica:		
<b>Kit de insulina</b>		
<b>Tabletas de glucosa</b>		
<b>Kit de epinefrina</b>		
<b>Glucómetro</b>		
<b>Identificación médica/ Brazaletes</b>		
En caso positivo, agrega quién lo provee:		
Tipo de alerta:		
<b>Parche de nitroglicerina</b>		
<b>Donación de órganos</b>		
Lugar donde se encuentra el documento relacionado con la donación de órganos:		











# INTERACCIÓN ENTRE LOS MEDICAMENTOS

Algunas veces dos o más medicamentos pueden presentar conflictos entre ellos en tu organismo. A esto se le llama interacción entre medicamentos y puede resultar en efectos secundarios. Una medicina para dormir puede interactuar negativamente si se mezcla con una medicina para las alergias. El resultado puede producir una reacción adversa; por ejemplo, reflejos lentos, lo que hace peligroso que la persona conduzca un automóvil. Los ancianos generalmente toman varias medicinas y la interacción entre medicamentos puede ser más frecuente en estos casos.

Algunos medicamentos causan reacciones, porque pueden agravar una condición mientras tratan otro problema de salud. Ciertos antiácidos contienen aspirina que se conoce por sus propiedades de diluir la sangre. Incluso una toronja puede interferir con algunos antidepresivos y medicamentos para el colesterol y crear reacciones difíciles de tratar.

Algunas condiciones pueden agravarse con ciertos medicamentos:

CONDICIÓN	MEDICAMENTO CAUSANTE	REACCIÓN ADVERSA POSIBLE
Diabetes	Corticosteroides (Prednisona)	Hiper glucemia provocada
Osteoporosis	Corticosteroides (Prednisona)	Riesgos elevados de fractura
Estreñimiento	Anticolinérgicos/ antihistamínicos/narcóticos	Movimiento lento del tracto gastrointestinal
Parkinson	Neuroléptico o antipsicótico	Trastorno severo de los movimientos
Hipertensión	Antiinflamatorios no esteroideos	Presión alta causada por retención de líquidos
Próstata agrandada	Anticolinérgicos/ antihistamínicos	Problemas urinarios



# MI HIDRATACIÓN

El agua es esencial para la vida, por lo que tienes que asegurarte de tomar mucha agua todos los días. Es importante mantenerse hidratado para conservar el buen funcionamiento de todo el cuerpo. Mientras envejecemos, el cuerpo reduce la cantidad de agua que contiene. Entre los 20 y 80 años de edad, perdemos el 15% del agua del cuerpo y somos más propensos a la deshidratación.

## La deshidratación puede dar lugar a:

- ➡ Mayor número de muertes entre adultos hospitalizados
- ➡ Hospitalizaciones de emergencia
- ➡ Confusión
- ➡ Caídas
- ➡ Estreñimiento
- ➡ Dificultad para tragar

La sed también disminuye con la edad, aumentando el riesgo de deshidratación. Los riñones no funcionan igual a medida que envejecemos. Tomar mucha agua puede ayudarlos a funcionar mejor.

## Signos de ligera deshidratación:

Sed, boca seca, debilidad muscular, dolor de cabeza, cansancio.

Bebe agua regularmente durante todo el día, aunque no sientas sed.

Se recomiendan ocho vasos de agua diarios:

- ☀ 1 en la mañana
- ☀ 1 en el descanso de la mañana
- ☀ 1 a la hora del almuerzo
- ☀ 1 con una taza de café
- ☀ 1 en la tarde
- ☀ 1 al final de la tarde
- ☀ 1 con la cena
- ☀ 1 en la noche

Crea un registro diario de hidratación para llevar un récord del agua que bebes diariamente.

## REGISTRO DIARIO DE HIDRATACIÓN

FECHA	HORA	CANTIDAD

FUENTE:

[h4hinitiative.com/hydration-and-health/different-needs-different-life-stages/hydration-and-elderly](https://h4hinitiative.com/hydration-and-health/different-needs-different-life-stages/hydration-and-elderly)



# MI HISTORIA CLÍNICA DE LA SALUD MENTAL

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Médico para la salud mental y la conducta: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Problemas mentales presentes:

---

---

---

---

Problemas mentales pasados:

---

---

---

---

Medicamentos para la salud mental que uso actualmente:

Medicamento

Dosis

---

---

---

---

Medicamentos para la salud mental que tomé en el pasado:

Medicamento

Dosis

---

---

---

---

# Problemas actuales

Marca los problemas de los que sufres actualmente

<input type="checkbox"/>	Tristeza/Depresión	<input type="checkbox"/>	Abuso físico	<input type="checkbox"/>	Uso de alcohol
<input type="checkbox"/>	Rabia	<input type="checkbox"/>	Abuso sexual	<input type="checkbox"/>	Uso de drogas
<input type="checkbox"/>	Problemas para mantener la atención	<input type="checkbox"/>	Problemas familiares	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la alimentación
<input type="checkbox"/>	Distracción	<input type="checkbox"/>	Abuso doméstico	<input type="checkbox"/>	Compulsión
<input type="checkbox"/>	Luto/Pena profunda	<input type="checkbox"/>	Pocas habilidades sociales	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir
<input type="checkbox"/>	Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	Desorganización	<input type="checkbox"/>	Fatiga
<input type="checkbox"/>	Problemas matrimoniales	<input type="checkbox"/>	Problemas de memoria	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico
<input type="checkbox"/>	Agitación	<input type="checkbox"/>	Problemas para hablar	<input type="checkbox"/>	Problemas legales
<input type="checkbox"/>	Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	Pensamientos obsesivos	<input type="checkbox"/>	Problemas de dinero
<input type="checkbox"/>	Ataques de pánico	<input type="checkbox"/>	Alucinaciones	<input type="checkbox"/>	Problemas con el trabajo
<input type="checkbox"/>	Cambios de estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	Desilusiones	<input type="checkbox"/>	Discapacidad
<input type="checkbox"/>	Baja autoestima	<input type="checkbox"/>	Ataques de ira	<input type="checkbox"/>	Pensamientos suicidas
<input type="checkbox"/>	Hipersensibilidad	<input type="checkbox"/>	Agresión	<input type="checkbox"/>	Preocupación desmedida
<input type="checkbox"/>	Perfeccionismo	<input type="checkbox"/>	Adicción al juego	<input type="checkbox"/>	Paranoia
<input type="checkbox"/>	Problemas entre padre e hijos			<input type="checkbox"/>	Falta de memoria

➔ **Historial familiar de enfermedades mentales**

Encierra en un círculo cualquiera de estos trastornos que haya sufrido alguno de tus padres:

Esquizofrenia

Ansiedad

Suicidio

Alzheimer

Trastorno bipolar

Depresión

Dependencia de drogas

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Alcoholismo

Otros: \_\_\_\_\_

➔ **Consumo de alcohol**

Actualmente (cantidad/frecuencia): \_\_\_\_\_

En el pasado (en su peor momento): \_\_\_\_\_

Tipo de alcohol consumido con frecuencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➔ **Consumo de drogas**

Actualmente (cantidad/frecuencia): \_\_\_\_\_

En el pasado (en su peor momento): \_\_\_\_\_

Tipo de droga consumida habitualmente (incluye drogas ilegales, medicamentos para dormir, medicamentos para el dolor, ansiolíticos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➔ **Consumo de tabaco**

Actualmente (cantidad/frecuencia): \_\_\_\_\_

En el pasado (en su peor momento): \_\_\_\_\_

Tipos (cigarrillos, puros, pipa, tabaco para mascar, nicotina, otros): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Has tratado de dejarlo?  SÍ  NO

Número de veces: \_\_\_\_\_

¿Qué métodos has usado?: \_\_\_\_\_

# MI CONDICIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_

Doctor que hizo el diagnóstico: \_\_\_\_\_

CONDICIÓN	DIAGNÓSTICO	POR CUÁNTO TIEMPO LA HAS PADECIDO

Preguntas para tu doctor o personal médico sobre el diagnóstico:

¿Cuán grave es mi condición? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo durará el tratamiento? \_\_\_\_\_

¿En qué consiste el tratamiento? \_\_\_\_\_

Escribe en las siguientes líneas cualquier otra pregunta que quieras hacer:

---



---



---



---



---



---



---



# MI COORDINADOR DE CASO



El coordinador de caso generalmente es una enfermera entrenada para este trabajo o una trabajadora social que trabaja con los médicos en una clínica, en el hospital o en la oficina del doctor. Los coordinadores de caso funcionan como intermediarios entre los pacientes y los doctores. Se aseguran de que los pacientes comprendan bien las instrucciones de los médicos y todos los detalles con relación a los medicamentos que se les receta. Pueden contestar cualquier pregunta sobre cualquier tema de salud, dar consejos y ayudarte a encontrar solución a cualquier problema que puedas tener.

Nombre del coordinador de tu caso:

Compañía/Asociados:

Teléfono:

()

Email:



MIS

## VIAJES AL DOCTOR

## ¿NECESITAS TRANSPORTE?

Debes saber cómo vas a llegar a la oficina del doctor, a la clínica, al hospital o a la farmacia. Autobuses, taxis, amigos y familiares pueden llevarte, pero debes tener un plan por anticipado de cómo ir y regresar a casa.

## → Compañía de autobús

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## → Servicio de taxis

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## → Servicio de transporte

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## → Amigo/familiar

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Agrega esta información a tu registro de citas médicas en la próxima página en la columna Tipo de transporte.





# EL EJERCICIO Y MI CONDICIÓN MÉDICA

Tener una enfermedad o condición crónica no debe limitarte para tener una rutina de ejercicio. El ejercicio puede representar muchos beneficios para tu salud, especialmente si tienes problemas del corazón, asma, diabetes y problemas en las articulaciones. Siempre consulta a tu doctor antes de comenzar un plan de ejercicios para saber cuáles son los más apropiados y seguros para ti.



Ten en cuenta estos  
ejercicios y pregunta cuáles  
puedes hacer

★ CAMINAR

★ TROTAR

★ NADAR

★ HACER CALISTENIA

★ YOGA

★ BAILAR

★ LEVANTAR PESAS

★ TAI CHI

★ TENIS

★ GOLF

★ MONTAR BICICLETA

★ SUBIR ESCALERAS

★ HACER SENDERISMO

★ REMAR

★ ESTIRAMIENTOS





# SEGURIDAD

# EN EL HOGAR PARA SILLAS DE RUEDAS Y ANDADORES ORTOPÉDICOS

## → INFORMACIÓN SOBRE MI SILLA DE RUEDAS

Compañía que facilita la silla de rueda: \_\_\_\_\_

Modelo/Marca: \_\_\_\_\_

Fecha recibida: \_\_\_\_\_

Equipo revisado por: \_\_\_\_\_

## → SILLA DE RUEDAS MANUAL

Marca: \_\_\_\_\_

Modelo: \_\_\_\_\_

Fecha de compra: \_\_\_\_\_

Compañía donde se compró y número: \_\_\_\_\_

Peso límite para la silla de ruedas (en libras): \_\_\_\_\_



Usa esta lista para asegurarte de que tu equipo médico está funcionando correctamente y con seguridad.

# UNA SILLA DE RUEDAS SEGURA



Mantén la silla de ruedas limpia y repara cualquier problema. Esto la ayudará a funcionar bien y a durar más tiempo.

Lee siempre el manual para saber cómo funciona tu silla de ruedas u otro equipo médico antes de usarlos.

Siempre asegura el freno antes de sentarte o levantarte de la silla de ruedas. Apaga la silla de ruedas si es eléctrica, para evitar averías y para alargarle la vida a la batería.

Siempre levanta los reposapiés antes de sentarte o levantarte de la silla de ruedas.

No le quites las ruedas que impiden que la silla se incline hacia detrás o hacia delante. De hacerlo, la silla se puede voltear. Poner mucho peso en la parte de atrás de la silla puede también provocar que la silla de ruedas se voltee.

Asegúrate de que los radios de las ruedas estén libres de cualquier objeto.

Nunca permitas que los niños jueguen con la silla de ruedas. La caja de la batería y los reposapiés pueden romperse.

Maneja con cuidado en la calle, especialmente en la noche. Usa luces delanteras y luces traseras intermitentes, además de una bandera.

Nunca manejes bajo la lluvia: las sillas de ruedas no son a prueba de agua y puede ser peligroso.

Maneja con mucho cuidado cuando subas o bajes una loma. La silla de ruedas puede voltearse.

Programa la silla de ruedas eléctrica de manera que vaya a una velocidad que puedas controlar.



# LISTA DE VERIFICACIÓN PARA SILLAS DE RUEDAS

- Las ruedas se aseguran correctamente.
- Los reposapiés funcionan correctamente.
- El forro de la silla está en buenas condiciones.
- No le faltan piezas y todas trabajan bien.
- El cinturón de seguridad puede ponerse y zafarse correctamente.
- Las ruedas están en buenas condiciones.
- Las ruedas pequeñas están en buenas condiciones.
- La armazón está en buenas condiciones.
- Las manijas están presentes.
- Las manijas están firmemente sujetas a la silla.
- La silla de ruedas se cierra correctamente.
- La barra del asiento está bien.
- Las guías de las barras del asiento funcionan bien.
- Los brazos de la silla pueden quitarse para transportarla.
- Los reposapiés se quedan fijos cuando se levantan.
- Los brazos están bien asegurados a las ruedas.
- Los brazos no están oxidados ni tienen áreas donde el metal esté levantado.
- El dispositivo para que la silla de ruedas no se voltee funciona bien.
- Las ruedas tienen la cantidad de aire correcta (lee el manual de la silla o lee las medidas en las ruedas).
- Las rueditas de seguridad están bien aseguradas a la silla.
- Las ruedas viejas han sido reemplazadas.
- La silla de ruedas está limpia y en buen estado.



# COSAS A VERIFICAR EN LAS SILLAS MOTORIZADAS

Año y tipo de batería

- Todas las terminaciones de plástico están en su lugar.
- La conexión de la batería está limpia.
- El indicador de la batería funciona bien (recarga la batería cuando el indicador señale que está a mitad de la capacidad o cuando lo indique el manual).

## ➔ RECOMENDACIONES PARA COLOCAR LA SILLA DE RUEDAS EN ASCENSORES DE PLATAFORMA

- ✦ Siempre entra la silla de ruedas de espaldas en la plataforma del elevador.
- ✦ Colócate lo más cerca posible de la parte de atrás de la plataforma del elevador.
- ✦ Nunca te pares sobre la plataforma del elevador junto a la silla de ruedas cuando se esté moviendo.
- ✦ Ponle el freno a la silla de ruedas manual.
- ✦ Apaga la silla de ruedas eléctrica.
- ✦ Presiona el botón de **abrir/bajar** la plataforma.
- ✦ Mantén las ruedas de la silla de ruedas lejos de la placa movable del elevador.
- ✦ Entra la silla de ruedas de espaldas al vehículo y luego colócala mirando hacia delante. **La ley dice que las sillas de ruedas deben colocarse mirando hacia el frente del vehículo.**
- ✦ Ajusta las correas del suelo en los lugares en que sea necesario.
- ✦ Coloca las correas primero sobre el eje en la parte de atrás de la silla de ruedas. **No se deben cruzar las correas.**
- ✦ Coloca las correas por sobre los reposapiés.
- ✦ Coloca las correas de seguridad por sobre la persona y la silla de ruedas. **La ley dice que deben usarse, aunque la silla de ruedas tenga su propio cinturón de seguridad.**
- ✦ Finalmente, asegúrate de que todas las correas y ajustes de seguridad están bien puestos.












# LISTA PARA VERIFICAR EL ANDADOR ORTOPÉDICO

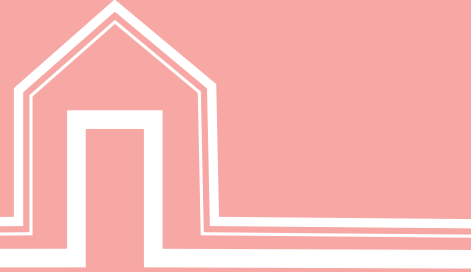
Tamaño del andador

- Tiene antideslizantes al final de las patas.
- Todos los pasadores funcionan en el andador plegable.
- Todos los pasadores y los botones funcionan correctamente en todos los niveles de altura.
- Los manubrios están firmes.
- El andador está limpio y en buen estado.

## ➔ RECOMENDACIONES PARA LA SEGURIDAD CON EL ANDADOR

-  Algunos andadores tienen ruedas, otros no. Escoge el que te sea más conveniente.
-  Cuando estés subiendo un escalón o la acera, comienza con la pierna más fuerte. Cuando estés bajando un escalón o la acera, comienza con la pierna más débil o con la pierna donde se te realizó la operación.
-  Los pisos deben mantenerse limpios, secos y libres de objetos.
-  Coloca una cesta o bolsa en el andador para poner tus cosas y así tener las manos libres para agarrarte bien.
-  Revisa el final de las patas y las ruedas todos los días. Reemplázalos si están en mal estado.
-  Cuando uses el andador, no uses zapatos de tacones o con suelas de piel. Los zapatos con suelas de goma o suelas antideslizantes te ayudarán a evitar una caída.
-  Mantén los dedos de los pies dentro del andador para no perder el equilibrio.
-  No uses el andador para subir escaleras regulares o mecánicas.
-  Asegúrate de que las alfombras no están desprendidas o levantadas y que los cordones están pegados al piso. De lo contrario, será fácil tropezar y caerte.

# CUIDADOS EN EL HOGAR



El médico puede recomendar la visita a la casa de una enfermera o una ayudante por muchas razones:

- Regresas a casa después de estar internado en un hospital, casa de ancianos o centro de rehabilitación.
- Has recibido un nuevo diagnóstico.
- Necesitas ayuda con nuevos medicamentos.
- Tienes una condición crónica como cáncer, enfermedad del corazón, presión alta o diabetes.
- Sufres de problemas de conducta.
- Necesitas ayuda con equipos de rehabilitación o para desplazarte de un lugar a otro.







→ **Completa la información para los cuidados en el hogar:**

**Proveedor de los cuidados en el hogar:**

---

---

**Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_**

**Nombre de las personas que te cuidan:**

---

**Compañía de seguros:**

---

---

**Nombre del coordinador de tu caso:**

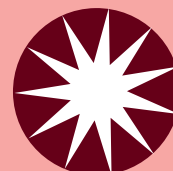
---

**Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_**



# PREGUNTAS SOBRE LOS CUIDADOS EN EL HOGAR

PREGÚNTALE A TU AGENCIA DE CUIDADOS...	SÍ ✓	NO ✓
¿Llevan mucho tiempo trabajando en mi área?		
¿Están aprobados por el Medicare?		
¿Tienen un folleto o un sitio en Internet donde haya una lista de precios?		
¿Están acreditados por una compañía nacional?		
¿Tienen licencia para operar (en el estado donde vives si fuera necesario)?		
¿Ofrecen el documento “Derechos de los pacientes”?		
¿Crean un plan de cuidado por escrito?		
¿Supervisan al personal que ofrece cuidado en las casas?		
¿El personal de cuidado en la casa está disponible todos los días a todas horas?		
¿Proveen una lista de referencias de las personas que ofrecen cuidados?		
¿Aseguran la completa confidencialidad del paciente?		
¿Ofrecen ayuda financiera o una reducción en las tarifas?		



# MI TERAPIA

## Y MI REHABILITACIÓN

Es muy difícil vivir con dolor, molestias y falta de fuerzas producto de una condición crónica. La terapia y la rehabilitación pueden aliviar los problemas que te incapacitan y te pueden ayudar a volver a la normalidad, especialmente después de una cirugía o tiempo en cama prolongado.

### Tipos de terapia

- Masajes
- Estiramiento y movimiento
- Tratamiento de músculos y articulaciones
- General y acondicionamiento de los músculos
- Terapia con las manos o con dispositivos en las partes blandas del cuerpo
- Yoga, pilates, natación y otros ejercicios

### HAZLO

Haz ejercicio por 30 minutos al día tres o cuatro días a la semana.

### RESULTADOS

- Fortalecimiento de los músculos
- Resistencia
- Estabilidad en las articulaciones
- Flexibilidad en músculos y articulaciones
- Reducción del dolor

La clave para reducir el dolor consiste en la correcta combinación de terapia, rehabilitación y ejercicio.

**Menos movimiento = Más dolor**

Más ejercicio y actividad terapéutica seguros = Menos dolor y más capacidad para funcionar cada día.

# PREGUNTAS PARA MI FISIOTERAPEUTA

**P:** ¿Tiene credenciales? ¿Quién las expide?

**R:** \_\_\_\_\_

**P:** ¿Está especializado en rehabilitación?

**R:** \_\_\_\_\_

**P:** ¿Cuán rápido puedo comenzar la terapia, a juzgar por mi condición?

**R:** \_\_\_\_\_

**P:** ¿Tienen personal médico disponible en todo momento?

**R:** \_\_\_\_\_

**P:** ¿Qué tiempo durará mi terapia?

**R:** \_\_\_\_\_

**P:** ¿Se me asignará un coordinador de caso?

**R:** \_\_\_\_\_

**P:** ¿Puedo volver para tratamiento ambulatorio de terapia, si lo necesitara?

**R:** \_\_\_\_\_

**P:** ¿Tiene usted estabilidad cuando está de pie?

**R:** \_\_\_\_\_

## MI TERAPIA Y MI REHABILITACIÓN

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Terapia/Especialidad en rehabilitación: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Sitio Web: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Terapia/Especialidad en rehabilitación: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Sitio Web: \_\_\_\_\_

# MIS EQUIPOS MÉDICOS DE LARGA DURACIÓN

Marca los equipos que usas:

- |                                                              |                                                                                                                         |                                            |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Camas de aire fluidizado            | <input type="checkbox"/> Monitores de azúcar en la sangre y tiras reactivas                                             | <input type="checkbox"/> Bastones          |
| <input type="checkbox"/> Silla inodoro y silla para la ducha | <input type="checkbox"/> Máquina de presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Muletas           |
| <input type="checkbox"/> Cama de hospital                    | <input type="checkbox"/> Equipo de oxígeno y suministros                                                                | <input type="checkbox"/> Bomba de infusión |
| <input type="checkbox"/> Nebulizador                         | <input type="checkbox"/> Elevador para el paciente                                                                      | <input type="checkbox"/> Bomba de succión  |
| <input type="checkbox"/> Equipo de tracción                  | <input type="checkbox"/> Andador ortopédico                                                                             | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas   |

Proveedor de mi equipo médico: \_\_\_\_\_

Equipo: \_\_\_\_\_

Día que lo obtuve: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Proveedor de mi equipo médico: \_\_\_\_\_

Equipo: \_\_\_\_\_

Día que lo obtuve: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

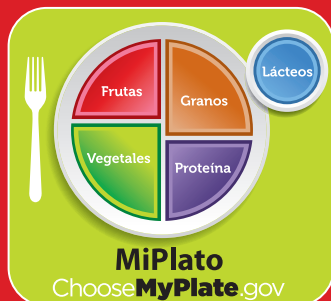
Proveedor de mi equipo médico: \_\_\_\_\_

Equipo: \_\_\_\_\_

Día que lo obtuve: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

# MI NUTRICIÓN



La nutrición es un instrumento útil para alejarte de enfermedades crónicas. También es necesaria en el tratamiento de enfermedades crónicas. Comer de forma saludable es imperativo, no importa cuál sea tu estado de salud. A continuación, te damos algunas recomendaciones, tomadas de ChooseMyPlate.gov, para comer de manera saludable:

## RECOMENDACIÓN: La mitad de los granos que consumes deben ser integrales

Los alimentos hechos de trigo, arroz, avena, harina de maíz, cebada y otros cereales son considerados granos. Esos alimentos son el pan, la pasta, la crema de avena, los cereales, las tortillas y la sémola de maíz.

## RECOMENDACIÓN: Come vegetales variados

Los vegetales proveen vitaminas y minerales y la mayoría son bajos en calorías. Un cuarto de tu plato debe ser de vegetales. Los vegetales de colores brillantes son ricos en vitaminas y minerales, además de tener un rico sabor y ser excelentes para la salud.

## RECOMENDACIÓN: Presta atención a las frutas

Al igual que los vegetales, las frutas reducen la posibilidad de contraer enfermedades, porque nos proveen nutrientes esenciales para la salud. La mayoría de las frutas son naturalmente bajas en grasas, sodio y calorías, además de no contener colesterol.

## RECOMENDACIÓN: Ingiera alimentos ricos en calcio

La leche, el yogur, el queso y la leche de soja son parte de los productos lácteos. Contienen calcio, vitamina D, potasio, proteínas y otros nutrientes necesarios para una buena salud a lo largo de la vida.

## RECOMENDACIÓN: Come carne magra

Todos necesitamos la proteína, y la mayoría de las personas mayores de nueve años deben comer de cinco a siete onzas de proteína todos los días. Los alimentos ricos en proteínas provienen de los animales (carne de res, carne de aves, mariscos y huevos) y de los vegetales (frijoles, guisantes, productos de soja, nueces y semillas).

# SUGERENCIA PARA LISTA DE COMPRAS DE ALIMENTOS

## LECHE Y LÁCTEOS

- Leche desgrasada o baja en grasa
- Yogur desgrasado o bajo en grasa
- Queso bajo en grasa
- Requesón (*cottage cheese*)
- Margarina

## PANES Y GRANOS

- Pan integral
- *Muffins* de harina integral
- Tortillas de maíz
- Tortillas de harina integral
- Cereales de varios granos
- Arroz integral
- Pasta enriquecida

## CARNES Y FRIJOLES

- Carne de pechuga de pollo (sin piel)
- Carne de pechuga de pavo
- Carne de res magra
- Frijoles pintos
- Frijoles blancos
- Frijoles negros
- Pescado
- Huevos

## FRUTAS

- Bananas
- Uvas
- Naranjas
- Peras
- Melocotones
- Fresas
- Manzanas
- Fruta enlatada con almíbar baja en azúcar
- Sandía o melón de agua
- Cerezas

## VEGETALES

- Zanahorias
- Brócoli
- Espinacas
- Lechuga
- Tomates
- Habichuelas
- Vegetales enlatados o congelados (sin sal)
- Berza
- Apio
- Pimientos
- Cebollas
- Champiñones
- Pepinos



## GRASAS, ACEITES Y ADEREZOS

- Salsa
- Aliños sin grasa o bajos en grasa
- Mostaza
- Aceite vegetal
- Vinagre







# MIS LIMITACIONES DIETÉTICAS

Marca aquí si no tienes NINGUNA RESTRICCIÓN EN LA DIETA.



Marca todas las restricciones que tengas:

Intolerancia  
a la lactosa

Alergia a ciertos  
alimentos

Dieta libre de gluten

Vegano... ningún  
producto animal

Vegetariano

Otras:

Restricciones por  
motivos religiosos

Dieta baja en  
azúcar o sin azúcar

Dieta baja en  
sal o sin sal

Dieta baja en grasa

Haz una lista de todos los alimentos a los que eres alérgico:

---



---



---



---

Enfermedad que puede limitar ciertos tipos de alimentos y cantidades:

---



---



---



---



Restricciones alimentarias impuestas por el doctor:

---

---

---

---

---

---

## PLAN DE ACCIÓN EN CASO DE REACCIÓN A LOS ALIMENTOS:

Síntomas:

---

---

---

---

---

---

Pasos a tomar:

---

---

---

---

---

---

Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia:

---

Teléfono: (    )

---

Parentesco:

---

# MIS CUIDADOS A LARGO PLAZO

Quizás necesitas cuidados personales a largo plazo. Estos servicios no médicos pueden ayudarte a realizar las tareas básicas de la vida diaria, como:



Tomar el baño



Vestirte



Usar el inodoro



Comer



Moverte (de la cama a la silla)



Atención a la incontinencia

Algunos servicios de cuidados a largo plazo con las tareas diarias incluyen:



Quehaceres del hogar



Atender a asuntos de dinero



Toma de los medicamentos



Hacer la comida y limpiar después de comer



Compra de alimentos y ropa



Uso del teléfono y otros equipos



Cuidado de mascotas



Respuesta a emergencias y alertas, como alarmas de fuego

Algunos programas de seguro cubren esos servicios. Si piensas que puedes beneficiarte de cualquiera de estos servicios, habla con el coordinador de tu caso o proveedor.

Proveedor de cuidados a largo plazo: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Servicios: \_\_\_\_\_

Proveedor de cuidados a largo plazo: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Servicios: \_\_\_\_\_

Proveedor de cuidados a largo plazo: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Servicios: \_\_\_\_\_

# DE VUELTA AL TRABAJO

No hay duda de que tu capacidad para trabajar y mantener tu trabajo, después de ser diagnosticado con una enfermedad crónica, es motivo de gran preocupación. Para determinar si estás listo para regresar al trabajo después de una enfermedad grave o una operación, hazte las siguientes preguntas:

**P: ¿Qué espera la compañía de mí?**

**R:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**P: ¿Puedo desempeñar ese trabajo en la condición en que me encuentro?**

**R:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**P: ¿En cuáles tareas estaré limitado o cuáles necesitaré ayuda para realizarlas?**

**R:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**P: ¿Cómo afectarán mis habilidades los síntomas que presento?**

**R:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**P: Si tengo que buscar un nuevo trabajo, ¿adónde puedo acudir?**

**R:** \_\_\_\_\_

**R:** \_\_\_\_\_

**R:** \_\_\_\_\_



# AYUDA A TUS COMPAÑEROS DE TRABAJO A AYUDARTE

Lo más probable es que tus compañeros de trabajo sean buenos y atentos. Se interesan por tu salud para poder ayudarte en caso de emergencia. Lo primero que deben tener en cuenta es no entrar en pánico. Por ejemplo, si sufres de diabetes, asegúrate de que tus compañeros sepan actuar con rapidez en caso de hipoglucemia. Un poco de honestidad, preparación y conocimiento son la forma de garantizar la seguridad y de recibir el tratamiento adecuado si se presentara una emergencia.

## MI PLAN PARA EL TRABAJO

Compañía:

---

Dirección:

---

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Profesión/Destreza/Oficio:

---

Supervisor:

---

Número de teléfono del supervisor: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Email del supervisor:

---

Fecha para regresar al trabajo: \_\_\_\_\_

Horas a trabajar: De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Días:

---

Horas a la semana: \_\_\_\_\_

Cosas a llevar en el kit de emergencia:

---

---

Cuando regreses al trabajo, dales a tu supervisor y a tus compañeros de trabajo más cercanos información de los contactos en caso de emergencia.

# OTROS CONTACTOS

## ➔ CONGREGACIÓN RELIGIOSA

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## ➔ AMIGOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## ➔ VECINOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## ➔ OTROS

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



# GLOSARIO DE TÉRMINOS DEL BIENESTAR DIARIO

## ALZHEIMER

Una forma de demencia que afecta el funcionamiento del cerebro, causando pérdida de la memoria, de la capacidad de razonar y del cuidado personal; algunas veces impide el habla. A pesar de que no tiene cura, existen muchos medicamentos para retrasar el avance de la enfermedad en muchas personas.

## ASISTENTE DE ENFERMERA CERTIFICADA

Las asistentes de enfermera están entrenadas y certificadas para ayudar a los pacientes con asuntos no relacionados con el tratamiento médico. Se ocupan de la comida, la limpieza y de vestir a los pacientes.

## COORDINADOR DE CASO

Persona (trabajadora social o enfermera) que ayuda a planificar, coordinar, monitorizar y evaluar los servicios médicos de un paciente, haciendo énfasis en la calidad, los servicios disponibles y el costo de los mismos.

## CUIDADOS A LOS ANCIANOS

Variación de servicios que se prestan en las casas de los pacientes, en lugares de la comunidad, en centros de asistencia para la vida diaria y en centros para ancianos.

## CUIDADOS DIARIOS PARA ADULTOS

Lugares comunitarios que atienden a los adultos necesitados que no pueden permanecer solos durante el día. Estos lugares ofrecen comidas, actividades y transporte.

## CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES

Cuidados que se ofrecen a una persona enferma de muerte en los últimos momentos de la vida. Pueden ser administrados en la casa, en un lugar especial, en el hospital o en una residencia de ancianos.

## DEDUCIBLE

Cantidad que debes pagar cada año antes de que tu seguro médico o Medicare comience a pagar por tus beneficios.

## DEMENCIA

Deterioro de las capacidades mentales, como el uso de vocabulario, el pensamiento abstracto, el juicio y la memoria, muchas veces en la vejez.

## DIETA SIN GLUTEN

Dieta que incluye alimentos que no tienen gluten, una proteína que se encuentra en el trigo, la cebada, el centeno y el triticale, un híbrido del trigo y el centeno. La dieta sin gluten ha sido aprobada por la comunidad médica para tratar la enfermedad celíaca.

## DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Documento escrito que explica cómo tú quieres que se proceda con el tratamiento médico en caso de que pierdas la capacidad de decidir por ti mismo. Puede ser un testamento vital, un poder notarial sobre cuidados de salud o ambos.





**ENFERMEDAD CRÓNICA**

Problema de salud con efectos a largo plazo, generalmente por más de tres meses.

**EQUIPOS DE ASISTENCIA**

Productos diseñados para ayudar a los ancianos o a personas con discapacidades a mejorar su independencia y vida diaria.

**EQUIPOS MÉDICOS DE LARGA DURACIÓN**

Equipos médicos indicados por el doctor para uso en la casa y que son pagados por el Medicare. Los andadores ortopédicos, las sillas de ruedas y las camas de hospitales pueden ser reutilizados.

**FISIOTERAPEUTA**

Profesional de la rehabilitación que ayuda a las personas a recuperar la fuerza y el movimiento del cuerpo después de una enfermedad o accidente.

**GERIATRA**

Doctor especializado en el tratamiento de personas de edad avanzada, frágiles y con problemas médicos y sociales complejos.

**GLUCÓMETRO**

Dispositivo médico que se utiliza para medir el nivel de glucosa en la sangre.

**IMPUESTO SUCESORIO O PATRIMONIAL**

Impuesto que impone el estado sobre la propiedad de una persona que ha fallecido.

**INCONTINENCIA**

Imposibilidad de retener la orina, la defecación o ambos.

**INTOLERANCIA A LA LACTOSA**

Dificultad o imposibilidad de digerir completamente el azúcar (lactosa) que se encuentra en los productos lácteos.

**MEDICAID**

Programa del gobierno de los Estados Unidos que paga por los servicios médicos a personas y familias de bajos recursos o con altos gastos médicos.

**MEDICARE**

Programa del gobierno de los Estados Unidos que ofrece cuidados médicos y de hospitalización a personas mayores de 65 años o a personas jóvenes discapacitadas o con una enfermedad grave.

**NEBULIZADOR**

Dispositivo que convierte la medicina líquida en diminutas partículas en forma de aerosol que se inhalan para tratar el asma y otros problemas respiratorios.

**NITROGLICERINA**

Medicamento utilizado para expandir los vasos sanguíneos y ayudar a la circulación de la sangre. Es recetado para tratar la angina, un dolor en el pecho que ocurre cuando el corazón no recibe suficiente sangre.

**ORDEN DE NO RESUCITAR (DNR, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)**

Orden legal por escrito que expresa los deseos de una persona de no recibir resucitación cardiopulmonar o soporte vital si su corazón o sus pulmones dejan de funcionar.

**PAGO COLATERAL**

Cantidad que pagas por ciertos servicios médicos. Por ejemplo, es posible que tengas que pagar \$10 por cada visita al doctor o \$15 por una receta médica, y tu seguro de salud pagará el resto.

**PODER NOTARIAL VIGENTE DURANTE LA VIDA DE LA PERSONA QUE CONCEDE EL PODER**

Documento que le concede a una persona el derecho de tomar decisiones sobre los asuntos de salud de otra persona.

**PRESIÓN ARTERIAL**

Presión de la sangre en el sistema circulatorio, medida por la fuerza que ejerce la sangre, los latidos del corazón y el diámetro y la elasticidad de las paredes de las arterias.

**RESIDENCIA DE ANCIANOS**

Lugar con licencia del estado que ofrece albergue, alimentos, asistencia diaria, recreación y atención general a ancianos y personas con enfermedades crónicas que no pueden ocuparse de sus necesidades diarias.

**RESIDENCIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES**

Un lugar que ofrece comidas, ayuda con los quehaceres, transporte y servicios personales y de salud para personas que necesitan ayuda permanente.

**SUPLEMENTOS HERBALES**

Están hechos de plantas y se administran junto a otros tratamientos médicos convencionales. No se consideran medicamentos y no han sido clasificados por la Agencia de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés).

**TABLETAS DE GLUCOSA**

Tabletas hechas de pura glucosa, que pueden masticarse y se utilizan para tratar la hipoglucemia en personas con diabetes.

**TESTAMENTO**

Documento que declara a quién deben entregarse las posesiones, propiedades, dinero y otras cosas de valor de una persona después de su muerte.

**VEGANO**

Persona que no come ningún producto de procedencia animal.

**VEGETARIANO**

Persona que no come carne y, algunas veces, otros productos de procedencia animal, generalmente por problemas morales, religiosos o de salud.

**YOGA**

Práctica espiritual de la cultura hindú que utiliza respiración, meditación, estiramiento y diferentes posturas del cuerpo. El yoga se usa para mantener la salud y para el relajamiento.









# RECURSOS

**Sociedad Americana de  
Coordinadores de Caso**

[cmsa.org](http://cmsa.org)

**Administración del Seguro Social de  
los Estados Unidos**

[SSA.gov](http://SSA.gov)

**Medicare**

[Medicare.gov](http://Medicare.gov)  
1-800-MEDICARE  
(1-800-633-4227)

**Medicaid**

[Medicaid.gov](http://Medicaid.gov)  
877-267-2323

**Sistema de Salud del Gobierno de los  
Estados Unidos**

[Healthcare.gov](http://Healthcare.gov)

**Disability.gov**

**Administración Federal de Transporte  
Transporte para personas mayores  
o discapacitadas**

[fta.dot.gov/grants/  
13093\\_3556.html](http://fta.dot.gov/grants/13093_3556.html)

**Asociación Americana del Corazón**  
[Heart.org](http://Heart.org)

**Asociación Americana de  
Pulmonología**

[Lung.org](http://Lung.org)

**Asociación Americana de la Diabetes**  
[Diabetes.org](http://Diabetes.org)

**Mi Plato**

[ChooseMyPlate.gov](http://ChooseMyPlate.gov)

**Asociación del Colegio de  
Abogados de América**

Comisión de Leyes y la Tercera Edad  
202-662-8690  
[abanet.org/aging/toolkit/home.html](http://abanet.org/aging/toolkit/home.html)

**Organización Nacional de Cuidados  
para Pacientes Terminales y  
Tratamientos Paliativos**

800-658-8898  
[nhpco.org](http://nhpco.org)

**Localizador de servicios para  
ancianos: Administración de  
recursos para personas mayores  
de los Estados Unidos**

1-800-677-1116



**Coloca aquí todas tus notas y otros papeles.**

**1 Pon todas tus recetas médicas en este bolsillo.**

**2 Llévalas a la visita del doctor.**

**3 Muéstraselas al doctor para que sepa los medicamentos que estás tomando. No dejes de mencionar también cualquier suplemento herbal o medicinas sin recetas.**

© 2014 Centene Corporation. Todos los derechos reservados. Todos los materiales son propiedad exclusiva de Centene Corporation y están protegidos por las leyes de derecho de autor internacionales y de Estados Unidos. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, distribuirse, exhibirse, guardarse en un sistema de recuperación automática ni transmitirse de ninguna manera ni por ningún medio, sea electrónico, mecánico, por fotocopia o grabaciones, ni de ninguna otra manera, sin permiso previo por escrito de Centene Corporation. Tampoco se puede alterar o quitar ninguna marca registrada, declaración de derechos de autor, ni ninguna otra nota.

MCAREI4-00023S

**MI**

**PLAN DE**

**CUIDADOS**

**¡ORGANIZA TU VIDA TOMANDO  
EN CUENTA TU SALUD!**

Día a día puedes ver las idas y venidas, los altibajos  
y las vicisitudes de cuidar de tu salud.

**Utiliza este libro para...**

- ★ Llevar un récord de tu información personal y tus contactos.
- ★ Aprender cómo cuidar de tu enfermedad.
- ★ Llevar un récord de las medicinas que tomas y sus horarios.
- ★ Escribir las preguntas que quieras hacerle al personal médico que te atiende.
- ★ Encontrar ayuda y recursos.
- ★ Encontrar recomendaciones sobre nutrición.
- ★ Y mucho más.

**RUTA HACIA  
SALUD**®

**CENTENE**®  
Corporation

**CREADO POR: MICHELLE BAIN  
DISEÑO DE: SAM WASHBURN**



**ISBN: 978-0-9916168-5-5**

Este libro fue impreso  
en papel reciclado,  
porque *Where's It @?*  
apoya la protección del  
medio ambiente.



HECHO EN LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA