

GUÍA DE PLANIFICACIÓN DE CITAS

Su proveedor de atención no requiere esta guía de planificación de citas, pero puede resultarle útil a usted completarla mientras se prepara para su cita.

Nombre legal completo: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección del proveedor o clínica: _____

Fecha de la cita: _____ Hora de la cita: _____



Qué debe traer:

- Tarjeta del seguro e identificación con fotografía
- Registros médicos y de vacunaciones
- Cualquier registro utilizado para hacer el seguimiento de la presión arterial, la actividad o la dieta
- Lista de alergias
- Cualquier medicamento que se esté tomando actualmente



¿Está experimentando algún síntoma nuevo?

Sí No

En caso afirmativo, indique los síntomas:



¿Hay algún factor que le impida alcanzar sus metas de salud?

Sí No

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comida | <input type="checkbox"/> Salud conductual | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Atención médica | <input type="checkbox"/> Vivienda o bienes | <input type="checkbox"/> Asuntos financieros |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
- (indique)*



Historial familiar:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Presión arterial elevada | <input type="checkbox"/> Cáncer: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Trastornos de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
- (indique)*



Haga una lista de los proveedores adicionales que ayudan a cuidarlo, incluidos los especialistas:

PREPÁRESE PARA SU PRÓXIMA CITA



Registro de medicamentos:

1 Nombre y concentración del medicamento:

¿Con qué frecuencia toma este medicamento?

Motivo por el que se le recetó este medicamento

Problemas o preocupaciones

2 Nombre y concentración del medicamento:

¿Con qué frecuencia toma este medicamento?

Motivo por el que se le recetó este medicamento

Problemas o preocupaciones

3 Nombre y concentración del medicamento:

¿Con qué frecuencia toma este medicamento?

Motivo por el que se le recetó este medicamento

Problemas o preocupaciones



¿Hay algún factor que le impida tomar medicamentos?

Sí No

Costo

Efectos secundarios

Capacidad de recogida

Olvido

Preguntas o inquietudes

Otro: _____

(indique)



Preguntas para el proveedor: