

Libreta De Notas Médicas Para Pacientes

Para Pacientes, Sus Familias y
Asistentes del Cuidado de la
Salud para Mejor Atención Médica,
Comunicación y Compasión.



Care and Choice at the End of Life

Información Importante

Nombre del paciente e información de contacto:

Personas a llamar en caso de emergencia:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Marque SI o NO para las siguientes directivas médicas:

SI ___ o **NO** ___ poseo un documento de directiva por anticipado de atención de salud o un testamento vital. El documento de anticipado de atención de salud se guarde en:

SI ___ o **NO** ___ he designado un representante para el cuidado de mi salud mediante un poder legal para asuntos médicos.

Nombre e información de contacto: _____

SI ___ o **NO** ___ he discutido con mi médico los detalles referentes a la Orden de No Resucitar Fuera del Hospital (OOH-DNR, por sus siglas en inglés), la Orden Médica para el Mantenimiento de la Vida (POLST, por sus siglas en inglés), y otros medios de planificación anticipada.

Alergias/condiciones médicas graves:

Contactos Médicos, Seguro Médico y Farmacia

Nombre(s) de su Seguro Médico, su número de identificación y el número de teléfono para su Seguro Médico:

1. _____
2. _____
3. _____

Farmacia(s), dirección & teléfono:

1. _____
2. _____

Médico(s), especialidad, dirección & teléfono:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Otros números telefónicos frecuentes:

Esto podría incluir números de transporte médico, el número móvil de los cuidadores, vecinos que apoyan a los familiares y cuidadores con servicio de relevo, compañías de equipo médico, etc.

Lista de Medicamentos y Recetas

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Lista de Medicamentos y Recetas

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Lista de Medicamentos y Recetas

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Lista de Medicamentos y Recetas

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Lista de Medicamentos y Recetas

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Lista de Medicamentos y Recetas

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Fecha: _____

Proveedor Médico: _____

Medicamento: _____

Dosis: _____

Notas: _____

Registro de Citas Médicas

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Registro de Citas Médicas

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Registro de Citas Médicas

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Registro de Citas Médicas

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Registro de Citas Médicas

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Registro de Citas Médicas

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Registro de Citas Médicas

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Registro de Citas Médicas

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____

Fecha / Hora: _____

Proveedor Médico: _____

Notas: _____



 compassion
& choices

CompassionAndChoices.org