

# PASAPORTE DE PREFERENCIAS DEL PACIENTE

trab



PLANETREE

# Hola.

## **Este es mi pasaporte de paciente.**

Para las personas que se preocupan por mi salud.

Este documento contiene mis condiciones de salud y preferencias. No pretende reemplazar ni duplicar un registro médico

Mi nombre es:

Fecha:



# Información:



## Notas:



# Acerca de mí

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre

Dirección

Idioma de preferencia

Fecha de nacimiento

Número de teléfono

Personas que necesitan ser contactadas (familiares, cuidadores)

Cosas que siempre necesito conmigo (anteojos, dentaduras postizas, etc.)

Cuando tengo dolor, esto me calma:

Tengo un plan de cuidado: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

# Más sobre mí

He sido diagnosticado con las siguientes enfermedades:

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

**MI LISTA ACTUAL DE MEDICAMENTOS ESTÁ EN ESTE BOLSILLO**



Trabajando en asociación, los médicos y los pacientes pueden tomar decisiones informadas que sean consistentes con los valores, objetivos y preferencias de los pacientes. Como resultado, es más probable que los pacientes sigan el plan de tratamiento acordado, lo que finalmente puede conducir a una mejor salud.



# Información adicional



## ANTECEDENTES

Soy alérgico a:

Tengo una discapacidad o impedimento (describa):

Mis hospitalizaciones o procedimientos médicos anteriores:

Fecha/Procedimiento:

Fecha/Procedimiento:

Fecha/Procedimiento:

¿Necesita más espacio? Inserte una lista adicional en la contraportada.

# Mis preferencias de cuidado

Ahora mismo, esto es lo que más necesito:

Cosas con las que necesito ayuda adicional  
(marque todas las que correspondan):

- Caminar
- Bañarme
- Tomar una bebida
- Escuchar
- Vestirme
- Comer
- Ir al baño
- Entender términos médicos
- Recordar lo que me indicaron
- Otro

## Información de especialistas que me han tratado

Especialista:

Contacto:

Condición por la que fue remitido:

Especialista

Contacto:

Condición por la que fue remitido:

Otras notas:

# Información adicional

Mi médico general o familiar:

Contacto:

Condición por la que fue remitido:

Especialista:

Contacto:

Condición por la que fue remitido:

Especialista:

Contacto:

Condición por la que fue remitido:

## Me gustaría

Puedo tener un buen apoyo de familiares y amigos para ayudarme en mi tratamiento y recuperación:

\_\_\_\_\_ Siempre \_\_\_\_\_ Algunas veces  
\_\_\_\_\_ De vez en cuando \_\_\_\_\_ Nunca

Me gustaría tener ayuda con esto: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Me siento cómodo haciendo preguntas, tomando notas o expresando mis pensamientos e inquietudes:

\_\_\_\_\_ Siempre \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_ De vez en cuando  
\_\_\_\_\_ Nunca

Me gustaría tener ayuda con esto: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Me gustaría recibir ayuda para discutir o registrar mis preferencias para una orden anticipada y / o atención al final de la vida.

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

# Mis preferencias de cuidado

Me enfrento bien a mis problemas de salud cuando...

Lo que me molesta más de mi condición de salud es:

Busco tratamiento porque quiero poder...

Inserte un plazo y responda lo siguiente:

\_\_\_\_\_ Meses después, me gustaría poder...

## Otras necesidades

Mi vida familiar (por ejemplo, vivo solo, con mi familia, etc.)

Al llegar a casa, necesito seguir lo siguiente:

Para conocerme o para cuidarme, significa que tu tienes que saber que...

Por favor respete mis decisiones sobre la atención que me gustaría o no me gustaría recibir si estuviera incapacitado y / o al final de mi vida.

He registrado mis preferencias y se pueden encontrar en esta ubicación y / o con esta persona que designo como mi representante:

WWW.PLANETREE.ORG



NATIONAL  
QUALITY FORUM

Planetree Passport Verion1.0 basado en el National Quality Forum  
Version 1.0 creado en asociación con el Paciente y la Familia  
Equipo de acción de participación convocado por el Foro Nacional de  
Calidad.