Perfil de Salud

Tengo una discapacidad. Lea esto para ayudarme mejor.

Nombre completo

Me gusta que me llamen

Fecha de nacimiento

Algo importante sobre mí (ejemplos: incluye tus fortalezas, algo que te guste de ti mismo o algo de lo que estés orgulloso):

Mi foto

Con quién es importante hablar de mi salud

Mi médico

Núm. telefónico

Otras personas importantes para hablar sobre mi salud
(ejemplos: proveedores médicos, ayudantes, familiares o amigos):

Parentesco

Núm. telefónico

Nombre

Parentesco

Núm. telefónico

Me comunico por

Marque todas las que se apliquen

- ☐ **Escrito/teclado**
- ☐ **Hablando**
- ☐ **Lenguaje de señas**
- ☐ **Señalando palabras**
- ☐ **Imágenes**
- ☐ **Un dispositivo**
- ☐ **Gestos/lenguaje corporal**
- ☐ **Otros**

Entiendo éste(os) lenguaje(s) hablado(s):

Contactos de emergencia

Nombre

Parentesco

Núm. telefónico

Nombre

Parentesco

Núm. telefónico

Perfil de Salud

Información sobre mi salud

(ejemplos: problemas médicos como la diabetes, convulsiones, cáncer, afecciones cardíacas)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Medicamentos que estoy tomando hoy ..... (fecha de hoy)

Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo
Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo
Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo
Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo
Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo
Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo
Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo
Nombre del medicamento	Dosis y frecuencia	Cómo lo tomo	Por qué lo tomo

Perfil de Salud

Soy alérgico a

Medicinas o alimentos

.....

Mis síntomas o alergias (enumere los importantes)

.....

Medicinas o alimentos

.....

Mis síntomas o alergias (enumere los importantes)

.....

Tengo restricciones en mi dieta

Mis restricciones de comida y sus motivos son: (ejemplos: diabetes, intolerancias, texturas, olores)

Alimento	Razón
.....	.....
Alimento	**Razón**
.....	.....
Alimento	**Razón**
.....	.....

Autoexpresión

Puede que me altere con: (ejemplos: ruidos, iluminación, ser tocado, olores, máscaras faciales)

.....

.....

Si estoy ansioso o estresado, me siento mejor cuando:

.....

.....

Si estoy herido o enfermo, me siento mejor cuando:

.....

.....

Si tengo dolor, lo muestro:

.....

.....

Necesito ayuda para

Tacha las que apliquen

- ☐ **Comer**
- ☐ **Beber**
- ☐ **Lavarme**
- ☐ **Ir al baño**
- ☐ **Vestirme**
- ☐ **Otros** .....
- ☐ **Otros** .....

Mis aparatos y ayudas

Tacha las que apliquen

- ☐ **Lentes**
- ☐ **Dispositivo/ayuda de lectura**
- ☐ **Dispositivo/ayuda de escritura**
- ☐ **Silla de ruedas**
- ☐ **Animal de servicio**
- ☐ **Audífonos**
- ☐ **Bastón/andadera**
- ☐ **Otros** .....
- ☐ **Otros** .....
- ☐ **Otros** .....