

# 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: