

# Registro Personal de Salud

Nombre: \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con \_\_\_\_\_

al ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



*No se olvide de llevar este registro con usted a todas las visitas al médico.*

# Información Personal

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de identificación de Health Net: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

## Información de la familia o el cuidador

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco de esta persona con el paciente: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Otro n.º de teléfono (por ejemplo, del trabajo): \_\_\_\_\_

¿De qué manera su familia o sus cuidadores le ayudan a controlar sus afecciones?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Información del proveedor de atención de salud

Médico de atención primaria<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_

Atención de salud en el hogar: \_\_\_\_\_

Infusión: \_\_\_\_\_

Equipo médico duradero: \_\_\_\_\_

Otros proveedores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Instrucción de Salud Anticipada/Poder Legal (por sus siglas en inglés, POA)

Estos son documentos con los que se informa a su familia, a su cuidador y a su médico cuáles son sus preferencias en cuanto a la atención de salud para cuando no pueda tomar decisiones al respecto.

¿Ha redactado la instrucción anticipada?

☐ Sí ☐ No

¿Dónde se puede encontrar? \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Es el médico principal al que visitará para obtener todos los servicios básicos de atención primaria.

## Indique las estadías recientes en hospitales y hogares de reposo:

*¿Ha asistido recientemente a un hospital, a la sala de emergencias o a un hogar de reposo (como un centro de atención a largo plazo o un centro de enfermería especializada)? Indíquelos aquí.*

Nombre del hospital/hogar de reposo: \_\_\_\_\_

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del hospital/hogar de reposo: \_\_\_\_\_

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del hospital/hogar de reposo: \_\_\_\_\_

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del hospital/hogar de reposo: \_\_\_\_\_

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

Fecha de alta: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Mis Afecciones de Salud

---

---

---

---

---

---



## Señales de Alarma (signos y síntomas a los que debe prestar atención)

---

---

---

---

---

---



## Alergias

---

---

---

---

---

---

## Preguntas para el Médico

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

# Preguntas para Otros Proveedores de Atención de Salud



Especialista (como un cardiólogo, dermatólogo, nefrólogo, etc.)

---

---

---

---

---

---



Farmacéutico

---

---

---

---

---

---



Administrador de Casos

---

---

---

---

---

---



## Proveedor de Salud del Comportamiento

---

---

---

---

---

---



## Proveedor de Atención de Salud en el Hogar

---

---

---

---

---

---

# Registro de Medicamentos y Suplementos

Enumere aquí los medicamentos y hable con su médico acerca de esto en cada visita. Incluya también los medicamentos de venta libre que usa habitualmente, como analgésicos, medicamentos contra la alergia, antiácidos y píldoras para dormir. Asegúrese de informar a todos sus médicos cada vez que le cambian los medicamentos. Esto es fundamental después de una hospitalización. Escriba con lápiz para poder actualizar fácilmente esta lista.

| Nombre | Nombre y número de teléfono del médico | Dosis | Frecuencia | Motivo | Nuevo                    |
|--------|----------------------------------------|-------|------------|--------|--------------------------|
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |
|        |                                        |       |            |        | <input type="checkbox"/> |

# Calendario de Citas



Proveedor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

| Médico | Fecha | Hora |
|--------|-------|------|
|        |       |      |
|        |       |      |
|        |       |      |
|        |       |      |
|        |       |      |
|        |       |      |
|        |       |      |
|        |       |      |
|        |       |      |
|        |       |      |
|        |       |      |

# Mi Diario de Cuidado Personal

*Escriba sus objetivos de salud y cómo hace un seguimiento de su progreso. Compártalos con su médico en la siguiente visita.*

**1**

## Objetivo Personal de Salud N.º 1

Cómo Mido mi Progreso:

---

---

---

**2**

## Objetivo Personal de Salud N.º 2

Cómo Mido mi Progreso:

---

---

---

**3**

## Objetivo Personal de Salud N.º 3

Cómo Mido mi Progreso:

---

---

---

Notas:

---

---

---

---

---

## Servicios al Afiliado de Health Net

Estamos aquí para ayudarle y responder preguntas sobre los beneficios.

**800-675-6110 (TTY: 711)**

Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Health Net of California, Inc. y Health Net Community Solutions, Inc. son subsidiarias de Health Net, LLC.  
Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

BKT1088353SH01w (5/23)