MY Health, MY Life

Un conjunto de herramientas para personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo (I/DD), sus familiares o tutores y su equipo de apoyo al proveedor.

Reconocimientos

Este proyecto se financió por medio del contrato n.º HHSM-500-2005-00024I, orden de trabajo n.º HHSM-500-T0007: titulado "Asistencia técnica de apoyo a proveedores para brindar atención integrada y coordinada a beneficiarios que son elegibles para Medicare y Medicaid". Consulte el sitio web https://resourcesforintegratedcare.com/ para obtener información adicional.

Contenido

Introducción 1

Registro personal de salud 5

Guía complementaria del hospital 21

Herramienta de planificación de alta para individuos con I/DD 30

Herramienta de fortalecimiento de la autorepresentación 32

Apéndice del registro personal de salud i

Referencias ix

INTRODUCCIÓN

My Health, My Life Toolkit (Conjunto de herramientas Mi Salud, Mi Vida) es un conjunto de herramientas para personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo (I/DD), sus familiares o tutores y su equipo de apoyo al proveedor.
El propósito de My Health, My Life Toolkit es:

- Mejorar la comunicación cuando el individuo entra y sale del hospital u otro entorno de cuidado.
- Construir o fortalecer las relaciones entre los proveedores médicos y el individuo y sus familiares o tutores.

La planificación centrada en la persona es un "proceso para identificar las áreas fuertes, las capacidades, las preferencias, las necesidades y los resultados deseados del individuo".[1] Este conjunto de herramientas contiene cuatro herramientas que permiten que el individuo realice un seguimiento de su información personal de salud, que sus familiares o tutores participen en el proceso de planificación del cuidado y que el equipo de apoyo del proveedor entienda las preferencias médicas del individuo y su historial médico. El uso de las cuatro herramientas en conjunto apoya la planificación activa centrada en la persona.

Las cuatro herramientas en My Health, My Life:

Registro personal de salud

El individuo y sus familiares o tutores deben revisar y actualizar el registro personal de salud con regularidad y llevarlo a todas las citas y los centros de atención. El registro personal de salud incluye información personal importante, necesidades adicionales e instrucciones, información de contacto en caso de emergencia, información de contacto del proveedor, condiciones de salud, visitas al hospital, planificador de citas y registros de medicamentos.

Guía complementaria del hospital

La guía complementaria del hospital ayuda a preparar al individuo y sus familiares o tutores para la transición a casa al salir del hospital o de otro centro de atención. La guía incluye listas de verificación útiles que aseguran que el individuo y sus familiares o tutores entiendan los cambios en el apoyo que ocurren después de salir del hospital o centro médico.

Herramienta de planificación de alta para individuos con I/DD

El equipo de apoyo del proveedor (por ejemplo, doctores, enfermeras, administradores de cuidado, planificadores de alta, trabajadores sociales u otros proveedores) debe usar la herramienta de planificación de alta para apoyar la transición desde el hospital.

Herramienta de fortalecimiento de la autorepresentación

El individuo y sus familiares o tutores deben utilizar la herramienta de fortalecimiento de la autorepresentación para ayudarles a planificar los servicios y el apoyo de acuerdo a como sus necesidades, preferencias, e intereses evolucionan con el tiempo.

---

[1]Centros de servicios de Medicare y Medicaid (2014). Centros para la definición de planificación centrada en la persona de Medicare y Medicaid.

Cómo utilizar este conjunto de herramientas

Cada herramienta incluye un breve resumen de:

- Quién debe completar la herramienta.
- El objetivo de la herramienta y
- Cómo utilizarla.

Para mejorar la transición a casa al salir del hospital o del centro de atención (también conocido como transiciones de atención), los individuos con discapacidades intelectuales y de desarrollo deben participar activamente en su planificación de la atención. De acuerdo con los principios de planificación centrados en la persona, este conjunto de herramientas:

- Coloca a los individuos en el centro del proceso de planificación;
- Involucra a los individuos en la toma de decisiones de atención médica.
- Faculta a los individuos para hacer preguntas.

Importantes miembros del equipo de apoyo de un individuo, como familiares o tutores y proveedores (por ejemplo, doctores, enfermeras, administradores de cuidado, planificadores de alta, trabajadores sociales y otros trabajadores de la salud) desempeñan un papel clave para completar este conjunto de herramientas. Los familiares o tutores del individuo deben usar este conjunto de herramientas para apoyar, coordinar y darle seguimiento a las necesidades de transición de atención para individuos con discapacidades intelectuales y de desarrollo. Los equipos de apoyo de los proveedores deben animar a los individuos y familiares o tutores para que completen las herramientas.

Para sacar el máximo provecho de este conjunto de herramientas se recomienda que el individuo, sus familiares o tutores y el equipo de apoyo del proveedor:

- **Animen al individuo para que complete las herramientas.** Para entender mejor sus necesidades y preferencias, el individuo que está en transición de atención debe participar en el proceso de completar las herramientas contenidas en este conjunto. Si el individuo no puede completar las herramientas, entonces debe pedir a sus familiares o tutores y a sus proveedores que le ayuden.
- **Complete las herramientas para satisfacer las necesidades y preferencias del individuo.** Las herramientas son guías útiles que recuerdan o resaltan las necesidades y preferencias que son importantes para la persona que entransición. Hay instrucciones sobre cómo usar las herramientas y cómo usar las herramientas en conjunto. Las herramientas son más útiles cuando se completan en detalle y con el individuo quien pasa por la transición.
- **Utilice todas las herramientas juntas** Cada herramienta proporciona listas de verificación y formularios útiles para ayudar a la persona que realiza la transición a navegar por el sistema de atención médica. Las herramientas ayudan a mejorar la comunicación entre el individuo, sus familiares o tutores y el equipo de apoyo del proveedor, y comprometen al individuo en el proceso de planificación del cuidado.

Un mensaje para los individuos en transición desde el hospital

Permanecer en el hospital puede ser estresante. Puede ser un tiempo confuso para usted y su familia. Sin embargo, usted tiene un equipo de apoyo en su proveedor, que está allí para ayudarlo mientras esté en el hospital y cuando vaya a casa. Su equipo de apoyo de proveedores incluye médicos, enfermeras, administradores de cuidado y otros trabajadores de atención médica que cuidan su salud. Pueden suceder muchas cosas mientras usted está en el hospital y la comunicación es importante para que entienda todo lo que está ocurriendo. Una buena comunicación ayuda al equipo de apoyo de su proveedor a entender sus necesidades para que usted pueda obtener el cuidado de la salud que sea adecuado. Desafortunadamente, puede haber problemas de comunicación entre el equipo de apoyo del proveedor y los pacientes, y esto puede conducir a errores médicos, pruebas o dolor innecesarios.

Los médicos y las enfermeras, también, pueden tener problemas de comunicación entre sus diferentes oficinas. Este conjunto de herramientas se diseñó para ayudar a prevenir estos problemas de comunicación cuando usted esté en el hospital. Es importante que llene este conjunto de herramientas (y que pida ayuda si es necesario) para que todos entiendan lo que es importante para usted acerca de su salud y los cuidados de la salud.

Este conjunto de herramientas incluye herramientas para ayudarlo a "vivir su vida como usted desea" y enfocarse en lo que "puede hacer".[2] Las herramientas ayudan a su familia y a su equipo de apoyo a trabajar con usted durante su transición fuera el hospital. Las herramientas ayudan a mantener su información de salud en un solo lugar para que al ingresar al hospital pueda comunicar sus preferencias de atención médica. La información adicional en este conjunto de herramientas ayuda a que el equipo de apoyo del proveedor comprenda mejor sus necesidades y su historial médico. Las herramientas mejorarán la comunicación y la coordinación durante su estancia en el hospital y su transición a casa.

[2] Departamento de Salud Comunitaria de Michigan (2011). Cómo funciona en usted la planificación centrada en la persona.

Descripción de sus herramientas

El **registro personal de salud** lo ayuda a mantener toda su información de salud en un solo lugar.
Su *registro personal de salud* provee un espacio para que usted complete su información personal, información de contacto de emergencia, información de contacto del proveedor, condiciones de salud, citas y registros de medicamentos. Puede usar su *registro personal de salud* en el consultorio del médico, en el hospital y en casa. Debe actualizar y revisar su *registro personal de salud* regularmente. Si necesita más espacio para actualizar su información de salud, busque los formularios en blanco en el *Apéndice del registro personal de salud.*

La guía complementaria del hospital ayuda a preparar al individuo y sus familiares o tutores para la transición a casa al salir del hospital o de otro centro de atención. *La guía complementaria del hospital* proporciona una lista de verificación útil para asegurarse de tener la información que necesita antes de salir del hospital y entender los cambios en los servicios y el apoyo que recibirá después de salir del hospital.

La herramienta de planificación de alta para individuos con I/DD ayuda a su equipo de apoyo del proveedor (por ejemplo, doctores, enfermeras, administradores de cuidado, planificadores de alta, trabajadores sociales u otros proveedores) a que se preparen para una exitosa transición de regreso del hospital. Su equipo de apoyo del proveedor utiliza *la herramienta de planificación de alta para individuos con I/DD* para asegurar que usted y los miembros de su familia o tutores entiendan los próximos pasos en la atención.

La herramienta de fortalecimiento de la autorepresentación le da consejos sobre cómo hacer preguntas, encontrar recursos y tomar medidas para satisfacer sus necesidades, preferencias y derechos. Usted y sus familiares o tutores pueden referirse a los consejos cuando planean servicios y apoyo. Los consejos son una forma para que usted permanezca involucrado y en el centro de su plan de atención.

Nota: My Health, My Life Toolkit se desarrolló mediante la adaptación de los siguientes recursos: Lista de verificación de alta individual del Dr. Eric Coleman, de la Fundación Robert Wood Johnson, Care About Your Care Discharge Checklist & Care Transition Plan, Lista de verificación de alta y plan de transición; publicación de Centros de servicios de Medicare y Medicaid 2012; Su lista de verificación de alta; Lista de alta para cuidadores del United Hospital y el formulario de información de salud para adultos de la Asociación para administración de la información sanitaria estadounidense (AHIMA).

Registro personal de salud

Quién debe completar la herramienta.

- ⇨ Individuos quienes usarán este conjunto de herramientas como parte de sus registros de salud.
- ⇨ Familiares o tutores quienes promoverán que los individuos completen este conjunto de herramientas.

Cómo utilizar esta herramienta

Su **registro personal de salud** incluye información sobre usted y su salud. Lo ayuda a administrar su atención médica y a mejorar la comunicación entre usted, sus médicos y otros proveedores de atención médica.
Utilice esta herramienta como un lugar central para registrar toda su información de contacto y salud, lo que incluye:

- ❑ Información personal
- ❑ Instrucciones y necesidades adicionales
- ❑ Información de contacto de las personas que me ayudan
- ❑ Información de contacto del proveedor
- ❑ Condiciones de salud
- ❑ Planificación de citas
- ❑ Registros de medicamentos

Debe llevar su registro personal de salud con usted a todas las citas médicas. Debe revisar y actualizar su registro personal de salud regularmente. Si necesita más espacio para actualizar su información de salud, busque los formularios en blanco en el Apéndice del registro personal de salud.

Esta página se ha dejado
en blanco intencionalmente

Nota: My Health, My Life Toolkit se desarrolló mediante la adaptación de los siguientes recursos: Lista de verificación de alta individual del Dr. Eric Coleman, de la Fundación Robert Wood Johnson, Care About Your Care Discharge Checklist & Care Transition Plan, Lista de verificación de alta y plan de transición; publicación de Centros de servicios de Medicare y Medicaid 2012; Su lista de verificación de alta; Lista de alta para cuidadores del United Hospital y el formulario de información de salud para adultos de la Asociación para administración de la información sanitaria estadounidense (AHIMA).

Registro personal de salud

Mi registro personal de salud

Mi información personal

HELLO my name is John Doe	Nombre	Apellido
	Dirección	

	Número de teléfono				Número de celular	

	Fecha de nacimiento				Género	
	Mes	Día	Año		☐	Masculino
					☐	Femenino

	Altura		Peso		Idiomas preferidos	
	Pies	Pulgadas	Lb			

	Compañía de seguros de salud privada		Número de seguro médico privado
	Número de seguro de Medicaid		Número de seguro de Medicare

Mis necesidades adicionales e instrucciones

	Necesidades de comunicación
	Necesidades de transporte
	Directiva avanzada/ Orden DNR
	Otras solicitudes

Personas que me ayudan

MIS COLABORADORES Y TUTORES

	Nombre del ayudante/tutor n.° 1		Su número de teléfono		
	Tipo de parentesco		Otro número de teléfono		

	Nombre del ayudante/tutor n.° 2		Su número de teléfono		
	Tipo de parentesco		Otro número de teléfono		

	Nombre del ayudante/tutor n.° 3		Su número de teléfono		
	Tipo de parentesco		Otro número de teléfono		

MIS CONTACTOS DE EMERGENCIA

RECUERDE: Si usted tiene una emergencia y necesita ayuda en este momento, llame al 911.

	Nombre del contacto de emergencia n° 1		Su número de teléfono		
	Tipo de parentesco		Otro número de teléfono		

	Nombre del contacto de emergencia n° 2		Su número de teléfono		
	Tipo de parentesco		Otro número de teléfono		

MI MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y OTROS PROVEEDORES

	Nombre del médico de atención primaria		Su número de teléfono
	Dirección del médico de atención primaria		

	Nombre del proveedor n° 1		Su número de teléfono
	Tipo de proveedor		Dirección del proveedor

	Nombre del proveedor n° 2		Su número de teléfono
	Tipo de proveedor		Dirección del proveedor

	Nombre del proveedor n° 3		Su número de teléfono
	Tipo de proveedor		Dirección del proveedor

	Nombre del farmacéutico		Su número de teléfono
	Nombre de la farmacia		Dirección de la farmacia

MI HOSPITAL Y AGENCIA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

	Nombre del hospital		Dirección del hospital
	Nombre de la agencia de atención domiciliaria		Su número de teléfono

Mi historial médico

Mis alergias (por ejemplo, a alimentos, medicamentos, al ambiente)

	Alergia		Reacción y tratamiento		Fecha de la última reacción
	Alergia		Reacción y tratamiento		Fecha de la última reacción
	Alergia		Reacción y tratamiento		Fecha de la última reacción
	Alergia		Reacción y tratamiento		Fecha de la última reacción
	Alergia		Reacción y tratamiento		Fecha de la última reacción

Mis condiciones de salud

	Fecha de diagnóstico		Condición de salud	Médico	Estado de condición
	Fecha de diagnóstico		Condición de salud	Médico	Estado de condición
	Fecha de diagnóstico		Condición de salud	Médico	Estado de condición
	Fecha de diagnóstico		Condición de salud	Médico	Estado de condición
	Fecha de diagnóstico		Condición de salud	Médico	Estado de condición
	Fecha de diagnóstico		Condición de salud	Médico	Estado de condición
	Fecha de diagnóstico		Condición de salud	Médico	Estado de condición

MIS EVENTOS IMPORTANTES DE SALUD (POR EJEMPLO, CONVULSIONES, CAÍDAS)

	Fecha		Evento de salud
	Fecha		Evento de salud
	Fecha		Evento de salud
	Fecha		Evento de salud
	Fecha		Evento de salud
	Fecha		Evento de salud

MI HISTORIAL DE VACUNACIÓN

Vacunación	Fecha	Fecha de refuerzo 1	Fecha de refuerzo 2	Fecha de refuerzo 3	Nombre del proveedor
Difteria					
Hepatitis B					
Sarampión					
Paperas					
Pertusis/Tos ferina					
Polio					
Rubéola					
Viruela					
Tétanos					
Tuberculosis					
Tifoidea					
Otro					

Mis visitas al hospital

	Fecha de admisión				Razón de la visita	Hospital
	Fecha de alta				Diagnóstico y resultados	
	Fecha de admisión				Razón de la visita	Hospital
	Fecha de alta				Diagnóstico y resultados	
	Fecha de admisión				Razón de la visita	Hospital
	Fecha de alta				Diagnóstico y resultados	

Mi historia médica familiar

	Afecciones o enfermedades de la madre	Edad	Si falleció, edad y causa de la muerte
	Afecciones o enfermedades del padre	Edad	Si falleció, edad y causa de la muerte
	Afecciones o enfermedades de los hermanos	Edad	Si falleció, edad y causa de la muerte
	Afecciones o enfermedades de los abuelos	Edad	Si falleció, edad y causa de la muerte

Notas

Mi planificador de citas

	Día de la cita				Nombre del proveedor	Su número de teléfono
	Mes	Día	Año		Dirección del proveedor	Tipo de proveedor
	Resultados de la cita *¿Qué escuchó en la cita con su médico? ¿Qué necesita para sacar otra cita?*					

	Día de la cita				Nombre del proveedor	Su número de teléfono
	Mes	Día	Año		Dirección del proveedor	Tipo de proveedor
	Resultados de la cita *¿Qué escuchó en la cita con su médico? ¿Qué necesita para sacar otra cita?*					

Nota: Si necesita más espacio, busque los formularios en blanco en el Apéndice del registro personal de salud.

Mi lista de citas

Día de la cita			Nombre del proveedor	Motivo de la cita	Diagnóstico
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			

Nota: Si necesita más espacio, busque los formularios en blanco en el Apéndice del registro personal de salud.

MI REGISTRO DE MEDICAMENTOS

Lleve un registro de sus medicamentos recetados y sin receta en su lista de medicamentos. Utilice esta lista para hacer un seguimiento y confirmar que está tomando los medicamentos correctos y actuales.

- ☑ Coloque una marca en cada casilla de verificación, si tiene la información que necesita para tomar sus medicamentos.
- ☐ Si no puede marcar una casilla, pídale a su médico o enfermera que le explique la información que necesita.
- Utilice la sección Notas para registrar lo que analizó con su médico.

Asegúrese de pedirle a su médico instrucciones por escrito, si algo no está claro.

Instrucciones del medicamento

- ☐ Sé por qué necesito tomar mi medicamento.
- ☐ Puedo describir cómo es mi medicamento.
- ☐ Sé con qué frecuencia y a qué hora tomo mi medicamento cada día.
- ☐ Sé qué hacer si me olvido una dosis del medicamento. Por ejemplo, la próxima vez que tome el medicamento sé si debo duplicar la dosis o tomar la dosis habitual.
- ☐ Sé lo que sucede si tomo más o menos cantidad que la dosis habitual de mis medicamentos.
- ☐ Sé cuándo dejar de tomar mis medicamentos.
- ☐ Sé a quién llamar si tengo preguntas sobre mis medicamentos. Si tengo alguna pregunta acerca de cómo tomar mi medicamento o si cometo un error con mi medicamento, llamo a:

Nombre			
Número de teléfono			

- ☐ Necesito ayuda para tomar mi medicamento. Si no puedo tomar mi medicamento yo mismo, llamaré a:

Nombre			
Número de teléfono			

Efectos secundarios del medicamento

RECUERDE: SI USTED TIENE UNA EMERGENCIA Y NECESITA AYUDA EN ESTE MOMENTO, LLAME AL 911.

- ☐ Conozco los efectos secundarios de mi medicamento y si me hará sentir diferente.
- ☐ Sé si este medicamento interactuará con otros medicamentos ya sea recetados o sin receta que estoy tomando actualmente.
- ☐ Sé si soy alérgico a este medicamento.
- ☐ Sé qué signos o síntomas hay que vigilar si algo está mal.
- ☐ Sé cuando debo reportar estos signos o síntomas. Si tengo signos o síntomas, llamaré a:

Nombre			
Número de teléfono			

- ☐ Conozco el número de mi centro local de control de intoxicaciones. Si necesito llamar al centro de control de intoxicaciones local, llamaré al:

Nombre			
Número de teléfono			

Mis medicamentos (un formulario por cada medicamento)

Nombre del medicamento	¿Qué aspecto tiene el medicamento?
¿Cuánto tomo?	**¿Para qué enfermedad es este medicamento?**
Nombre del proveedor	**Número de teléfono del proveedor**
Nombre de la farmacia	**Número de teléfono de la farmacia**

Horario diario

Hora	Dosificación

Fecha en la que comenzó a tomar el medicamento

Mes	Día	Año

Fecha en que finalizó la toma del medicamento

Mes	Día	Año

Reacción al medicamento

Alergias al medicamento

Efectos secundarios del medicamento

- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Mareos
- ☐ Somnolencia
- ☐ Otro: _____
- ☐ Diarrea
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Malestar estomacal
- ☐ Vómitos
- ☐ Pérdida de apetito
- ☐ Ansiedad
- ☐ Otro: _____
- ☐ Problemas de sueño
- ☐ Confusión
- ☐ Sarpullido
- ☐ Pérdida de peso
- ☐ Tos
- ☐ Aumento de riesgo de infección

Nota: Si necesita más espacio, busque los formularios en blanco en el Apéndice del registro personal de salud.

Mi lista de medicamentos

Alergias conocidas

Medicamentos de la mañana

Nombre del medicamento	Descripción *Color, forma,etc.*	Dósis *Número de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones, etc.*	Instrucciones *Con comida, agua, etc.*	Fecha de inicio	Fecha de término	Nombre del proveedor

Medicamentos de la tarde

Nombre del medicamento	Descripción *Color, forma,etc.*	Dósis *Número de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones, etc.*	Instrucciones *Con comida, agua, etc.*	Fecha de inicio	Fecha de término	Nombre del proveedor

Medicamentos de la noche

Nombre del medicamento	Descripción *Color, forma,etc.*	Dósis *Número de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones, etc.*	Instrucciones *Con comida, agua, etc.*	Fecha de inicio	Fecha de término	Nombre del proveedor

Registro personal de salud

Medicamentos antes de acostarse

Nombre del medicamento	Descripción *Color, forma,etc.*	Dósis *Número de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones, etc.*	Instrucciones *Con comida, agua, etc.*	Fecha de inicio	Fecha de término	Nombre del proveedor

Medicamentos según sea necesario

Nombre del medicamento	Descripción *Color, forma,etc.*	Dósis *Número de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones, etc.*	Instrucciones *Con comida, agua, etc.*	Fecha de inicio	Fecha de término	Nombre del proveedor

Notas

Nota: Si necesita más espacio, busque los formularios en blanco en el Apéndice del registro personal de salud.

RESUMEN DE MI REGISTRO PERSONAL DE SALUD

Información sobre mí

Nombre	Apellido	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Número de celular	
Fecha de nacimiento	☐ Masculino	☐ Femenino

Mi información de seguro de salud

Compañía de seguros de salud privada

Número de seguro médico privado

Número de seguro de Medicaid

Número de seguro de Medicare

Mis necesidades adicionales e instrucciones

Necesidades de comunicación

Necesidades de transporte

Otras solicitudes

Mi historial médico

Mis alergias

Alergia	Fecha de la última reacción

Mis condiciones de salud

Condición de salud	Médico

Mis eventos importantes de salud

Evento de salud	Fecha

Información sobre las personas que me ayudan

Mi ayudante o tutor

Nombre	Apellido
Número de teléfono	Tipo de parentesco

En caso de emergencia, contactar:

Nombre	Apellido
Número de teléfono	Tipo de parentesco

Mi médico de atención primaria

Nombre	Apellido
Número de teléfono	Tipo de parentesco

Mi proveedor n.º 1

Nombre	Apellido
Número de teléfono	Dirección

Mi proveedor n.º 2

Nombre	Apellido
Número de teléfono	Dirección

Mi farmacia

Nombre de la farmacia	Número de teléfono
Dirección de la farmacia	

Mi hospital

Nombre del hospital	Dirección

Mi agencia de atención domiciliaria

Nombre de la agencia	Número de teléfono

Mi registro de medicamentos

Mi lista de medicamentos

Nombre del medicamento	Dosis	Hora del día

NOTAS

FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN

Mes	Día	Año

Note: Si necesita más espacio, busque los formularios en blanco en el Apéndice del registro personal de salud.

Guía complementaria del hospital

Quién debe completar esta herramienta

- ⇨ Las personas que planean regresar a su hogar o ir a otro centro de cuidado después de salir del hospital.
- ⇨ Los familiares o tutores que ayudan a las personas que salen del hospital.
- ⇨ El equipo de apoyo del proveedor: Médicos, enfermeras, administradores de atención, planificadores de alta, trabajadores sociales u otros proveedores que brindan apoyo a individuos en el hospital o en la comunidad.

Cómo utilizar esta herramienta

La **guía complementaria del hospital** lo ayuda a prepararse para ir a su hogar o al siguiente centro de atención. Antes de salir del hospital, hable con su equipo de apoyo del proveedor sobre su atención médica. Esta información le asegura que tiene el apoyo que necesita para regresar a su hogar o para ir a su próximo centro de atención.

- ❑ Use esta lista durante cada estadía en el hospital.
- ❑ Hable con los médicos y enfermeras sobre los puntos de esta lista y haga cualquier pregunta que sea importante para usted.
- ❑ Después de hablar con sus médicos y enfermeras, marque cada casilla de verificación si tiene la información que necesita. Si no puede marcar una casilla, pídale a su médico o enfermera que le explique la información que usted necesita.
- ❑ El personal del hospital debe usar la herramienta de planificación de alta para individuos con I/DD para indicar los próximos pasos de su cuidado al individuo y sus familiares o tutores.

Esta página se ha dejado
en blanco intencionalmente

Nota: My Health, My Life Toolkit se desarrolló mediante la adaptación de los siguientes recursos: Lista de verificación de alta individual del Dr. Eric Coleman, de la Fundación Robert Wood Johnson, Care About Your Care Discharge Checklist & Care Transition Plan , Lista de verificación de alta y plan de transición; publicación de Centros de servicios de Medicare y Medicaid 2012; Su lista de verificación de alta; Lista de alta para cuidadores del United Hospital y el formulario de información de salud para adultos de la Asociación para administración de la información sanitaria estadounidense (AHIMA).

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA GUÍA COMPLEMENTARIA DEL HOSPITAL

Las listas de verificación lo ayudarán a prepararse para la transición a su hogar o a su próximo entorno de atención. Antes de salir del hospital, asegúrese de tener la información necesaria.

☑ Coloque una marca en cada casilla de verificación si tiene la información que necesita.

☐ Si no puede marcar una casilla, pídale a su médico o enfermera que le explique la información que necesita.

Preparativos para salir del hospital

- ☐ Entiendo por qué estoy en el hospital.
- ☐ Sé lo que puedo hacer para sentirme mejor.
- ☐ Sé cómo mantenerme saludable.
- ☐ Sé lo que tengo que hacer para poder salir del hospital.
- ☐ Sé dónde obtendré servicios y apoyo después de salir del hospital.
- ☐ Sé cuándo llamar a mi médico después de salir. Después de dejar el hospital, llamaré a:

Nombre del médico			
Número de teléfono			

Análisis del plan de alta

- ☐ Discutí mi plan de alta con mi coordinador de alta.

  El plan de alta incluye información que usted necesitara saber cuando salga del hospital. Su coordinador de alta es la persona que le explicará la información a usted y a su familia.

  - ☐ Entiendo el plan de alta.
  - ☐ Si tengo un familiar o tutor conmigo, entiende el plan de alta.
  - ☐ Si no entiendo el plan de alta, recibiré ayuda de:

Nombre			
Número de teléfono			

De regreso a casa

- ☐ Mi familia o tutor sabe que voy a casa y me ayudará.
- ☐ Mi familia o tutor sabe qué tipo de ayuda necesito cuando vuelva a casa.
- ☐ Tengo atención en el hogar cuando salga del hospital.

Nombre de la agencia			
Número de teléfono			

Guía complementaria del hospital

Voy a una instalación

Si no voy a casa después del hospital, voy a:

Nombre del establecimiento			
Número de teléfono			

Conocimiento de mis medicamentos

- ☐ Sé cuáles son mis medicamentos, dónde obtenerlos y cómo tomarlos.
- ☐ Tiré todos los medicamentos que ya no debo usar.
- ☐ Conozco los efectos secundarios de mi medicamento y le informaré cualquier efecto secundario a mi médico.
- ☐ He actualizado mi registro de medicamentos en mi *registro personal de salud*.

Instrucciones especiales y preparación para el hogar

- ☐ Necesito una referencia de un proveedor de cuidado en el hogar y una evaluación de terapia física.
- ☐ Cuando vaya a casa, necesitaré ayuda para *(marque en cada círculo lo que su médico o enfermera analice con usted):*
  - ◯ Bañarme y/o higiene personal
  - ◯ Vestirme
  - ◯ Alimentarme (por ejemplo, restricciones en la dieta, comer solo alimentos blandos, ciertos alimentos no permitidos)
  - ◯ Tareas domésticas
  - ◯ Hacer citas
  - ◯ Medicamentos y el manejo del dolor o las náuseas
  - ◯ Ejercicios de fisioterapia
  - ◯ Equipo especial
  - ◯ Llevar las finanzas
  - ◯ Traslado (movimiento de la cama a la silla)
  - ◯ Transporte
  - ◯ Usar el baño
  - ◯ Caminar
  - ◯ Otro
- ☐ Necesito quitar cosas de mi casa que puedan causarme un tropezón o una caída.
- ☐ Necesito contratar personal adicional para ayudar con mi cuidado.
- ☐ Necesito comprar suministros adicionales (por ejemplo, suplementos nutricionales) para mi estadía en casa.
- ☐ Necesito equipo médico una vez que salga del hospital. Si necesito equipo, llamo a:

Nombre			
Número de teléfono			

Persona a llamar si necesito ayuda en el hogar

Nombre			
Número de teléfono			

Capacitación para mis familiares o tutores

- ☐ Sé qué ayuda necesito en las próximas semanas.
- ☐ Sé qué ayuda necesito en los próximos meses.
- ☐ Mi familiar o tutor y al menos otra persona entienden mi plan de alta e instrucciones relacionadas.
- ☐ Hablé con mi coordinador de alta sobre la capacitación de mi familiar o tutor.
  - ☐ Pregunté en dónde puede obtener capacitación mi familiar o tutor.
  - ☐ Pregunté quién capacitará a mi familiar o tutor.
  - ☐ Pregunté cuándo puede obtener capacitación mi familiar o tutor.
  - ☐ Pregunté si puede comenzar la capacitación en el hospital.
- ☐ Mi familiar o tutor está capacitado para ayudar con mi cuidado.
  - ☐ Mi familiar o tutor está capacitado en habilidades de transporte y prevención de caídas.
  - ☐ Mi familiar o tutor sabe cómo darme vuelta en la cama para que yo no tenga escaras.
  - ☐ Otro _____

- ☐ Mi familiar o tutor puede completar todas las tareas de cuidado que he marcado.
- ☐ Mi familiar o tutor no puede completar las tareas de cuidado que he marcado y necesito aprender a:
  - ☐ Cambiar apósitos
  - ☐ Poner inyecciones
  - ☐ Utilizar un equipo especial
  - ☐ Otro _____

  - ☐ Si mi familiar o tutor no puede completar las tareas de cuidado que marqué, hablé con mi coordinador de alta para obtener ayuda con estas actividades. Para obtener la ayuda que necesito, puedo contactar a mi agencia local para recibir capacitación adicional o asistencia temporal.

Nombre de la agencia			
Número de teléfono			

  - ☐ Si tuve alguna pregunta sobre cómo alguien puede ayudarme con estas tareas, las conversé con mi coordinador de alta.

Citas de seguimiento

Antes de salir del hospital

☐ Haga una lista de los médicos u otros proveedores de atención médica con los que necesito hacer una cita.

	Nombre del proveedor n ° 1		**Tipo de proveedor**
	Su número de teléfono		**Motivo de la cita**
	Nombre del proveedor n °2		**Tipo de proveedor**
	Su número de teléfono		**Motivo de la cita**
	Nombre del proveedor n ° 3		**Tipo de proveedor**
	Su número de teléfono		**Motivo de la cita**

Una vez que llegue a casa

☐ Llamar a mi médico de atención primaria para que sepa qué sucedió en el
☐ hospital.
☐ Llamar a mis médicos para hacer citas de seguimiento.
☐ Registrar mis citas de seguimiento en mi *registro personal de salud*.
☐ Hacer arreglos de transporte necesarios para llegar a mi cita.

Preparación para cada cita

☐ Hablar con mis familiares o tutores sobre lo que debo hacer antes de la cita.
- ☐ Hablar de lo que sucederá durante cada visita.
- ☐ Revisar las preguntas para mi médico que he registrado en mi registro personal de salud

☐ Traiga estos artículos a cada cita de seguimiento.
- ☐ Mi tarjeta de seguro (y el pago si se requiere un copago).
- ☐ Mi *registro personal de salud*.

Seguimiento de todas las citas

☐ Completar y revisar mi *registro personal de salud* después de cada cita.

Lista de verificación para mis familiares o tutores

Lista de verificación cuando se da de alta para una instalación (por ejemplo, centro de rehabilitación)

- ☐ Sé quién seleccionará la instalación. Sé que si tenemos opciones.
- ☐ He comprobado los recursos en línea, como www.Medicare.gov para calificaciones.
- ☐ Sé cuánto tiempo se espera que mi ser querido permanezca en la instalación.
- ☐ La instalación es limpia, bien cuidada, tranquila y se mantiene a una temperatura cómoda.
- ☐ Hay instalaciones o programas especiales para satisfacer las necesidades de mi ser querido.
- ☐ Los residentes tienen acceso seguro al aire libre.
- ☐ Voy a ser capaz de visitar a mi ser querido mientras se encuentre en la instalación.
- ☐ La ubicación es conveniente y tengo transporte para llegar allí.
- ☐ Los miembros del personal dan la bienvenida a las familias.
- ☐ Las maneras en que las familias interactúan con el personal es adecuada para mis necesidades.
- ☐ Sé cuántos empleados están de servicio en cualquier momento dado.
- ☐ Conozco la tasa de rotación del personal.
- ☐ Puedo hablar con el personal sobre grupos de apoyo y otros recursos si me preocupa que mi ser querido esté enfermo.
- ☐ Puedo hablar con el trabajador social del hospital y el encargado del cuidado si estoy preocupado sobre cómo pagar por la ayuda y el equipo.
- ☐ Si hay un trabajador social, puedo llamar a:

Nombre			
Número de teléfono			

Preguntas para el médico, la enfermera o el coordinador de alta

Pregunta 1:

Pregunta 2:

Pregunta 3:

Pregunta 4:

Pregunta 5:

Pregunta 6:

Pregunta 7:

Pregunta 8:

Pregunta 9:

Pregunta 10:

Pregunta 11:

Pregunta 12:

Resumen de la guía complementaria del hospital

Para obtener su historial médico completo, consulte su registro personal de salud y su plan de alta

Resumen de visitas al hospital

Fecha de admisión	Fecha de alta	
Nombre del hospital		
Dirección del hospital		
Ciudad	Estado	Código postal

Estuve en el hospital porque:

Los signos y síntomas a vigilar cuando me vaya (si están presentes, debo llamar a mi médico):

El diagnóstico o el resultado de mi visita:

Información sobre el equipo de apoyo de mi proveedor

Mi médico de atención primaria

Nombre	Número de teléfono

Mi médico del hospital

Nombre	Número de teléfono

Mi enfermera del hospital

Nombre	Número de teléfono

Mi administrador de atención o coordinador de atención

Nombre	Número de teléfono

Mi proveedor de cuidado de salud en el hogar

Nombre	Número de teléfono

Mi farmacia

Nombre de la farmacia	Número de teléfono
Dirección de la farmacia	

Recetas o equipo especial

Mis prescripciones para llenar después de dejar el hospital

Nombre del medicamento	Dosis	Nombre de la farmacia

Mi equipo especial para solicitar

Nombre del equipo	Persona de contacto

Citas después de salir del hospital

Mis próximas citas

Fecha	Nombre del proveedor	Tipo de proveedor
Dirección		Número de teléfono
Fecha	Nombre del proveedor	Tipo de proveedor
Dirección		Número de teléfono
Fecha	Nombre del proveedor	Tipo de proveedor
Dirección		Número de teléfono

Citas que necesito programar

Nombre del proveedor	
Tipo de proveedor	Teléfono
Nombre del proveedor	
Tipo de proveedor	Teléfono
Nombre del proveedor	
Tipo de proveedor	Teléfono

Cosas que debo hablar con mi médico en las citas:

Esta página se ha dejado
en blanco intencionalmente

Herramienta de planificación de alta para individuos con I/DD

Quién debe completar esta herramienta

- Equipo de apoyo del proveedor: Médicos, enfermeras, administradores de atención, planificadores de alta, trabajadores sociales u otros proveedores que brindan apoyo a individuos en el hospital o en la comunidad.

Cómo utilizar esta herramienta

Durante la estadía de la persona, es importante que trabaje con el individuo en transición y con sus familiares o tutores para desarrollar un plan integral al salir del hospital. A continuación se muestra una lista de cosas importantes que usted, como administrador de cuidado o trabajador social, debe usar para preparar al individuo y a su familia para una transición exitosa al siguiente paso en la recuperación. Puede usar esta lista de verificación durante el transcurso de la estancia en el hospital. Esta lista de verificación asegura que el individuo y sus familiares o tutores entienden los pasos a seguir en la atención. También, le da al individuo y a sus familiares o tutores el tiempo de buscar recursos y programar las citas de seguimiento.

Instrucciones:

Coloque esta lista de verificación en el archivo del individuo, donde todos los miembros del equipo de apoyo del proveedor pueden acceder fácilmente a ella. Esta lista de verificación asegura que el individuo y sus familiares o tutores entienden la información. Es importante alentar y apoyar la finalización de la guía complementaria del hospital.

Nota: My Health, My Life Toolkit se desarrolló mediante la adaptación de los siguientes recursos: Lista de verificación de alta individual del Dr. Eric Coleman, de la Fundación Robert Wood Johnson, Care About Your Care Discharge Checklist & Care Transition Plan, Lista de verificación de alta y plan de transición; publicación de Centros de servicios de Medicare y Medicaid 2012; Su lista de verificación de alta; Lista de alta para cuidadores del United Hospital y el formulario de información de salud para adultos de la Asociación para administración de la información sanitaria estadounidense (AHIMA).

LISTA DE PLANIFICACIÓN PARA EL ALTA

Utilice los elementos de la lista de verificación para guiar la conversación y preparar al individuo para el alta durante su estadía. Coloque una marca en la casilla a medida que converse sobre cada elemento con el individuo y sus familiares o tutores. Omita cualquier elemento que no se aplique al individuo en particular.

☑ Coloque una marca de verificación en cada casilla si tiene la información que necesita.

Salud del individuo

- ☐ Revise las razones de la hospitalización con el individuo.
- ☐ Proporcione materiales educativos sobre técnicas de autogestión para el estado de salud del individuo.
- ☐ Proporcione información escrita y verbal acerca de los síntomas que debe vigilar después de salir del hospital.
- ☐ Proporcione el número del hospital o del médico si el individuo tiene problemas o preguntas.

Medicamentos del individuo

- ☐ Revise los medicamentos con el individuo y sus familiares o tutores.
- ☐ Determine si el individuo tiene acceso a una farmacia y a las nuevas prescripciones.

  Si el individuo no puede obtener los medicamentos:
  - ☐ Hable con el médico que prescribió el medicamento para obtener una prescripción de medicamentos genéricos o alternativos que pueden costar menos.
  - ☐ Remita al individuo a los programas de asistencia con receta médica.

Planificación para el alta

☐ Referencia de atención domiciliaria hecha.

Nombre		
Nombre de la agencia		
Número de teléfono		

Recuperación y apoyo

- ☐ Revise el equipo médico que será necesario después de la hospitalización.
- ☐ Evalúe las actividades de la vida diaria (ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL).
- ☐ Proporcione orientación sobre cualquier habilidad especializada que el individuo o sus familiares o guardianes puedan necesitar después de la hospitalización.
  - ☐ Enseñe al individuo y a sus familiares o tutores cómo realizar estas tareas.
  - ☐ Proporcione un nombre y número para que el individuo y sus familiares o tutores se comuniquen si necesitan ayuda o tienen preguntas.

Alta del individuo

- ☐ Proporcione instrucciones claras y escritas que sean fáciles de entender para el individuo y sus familiares o tutores.
- ☐ Proporcione un resumen del estado de salud actual del individuo.

Herramienta de fortalecimiento de la autorepresentación

Quién debe usar esta herramienta

- ⇨ Las personas que usarán esta herramienta para administrar su salud y sus servicios de salud.
- ⇨ Familiares o tutores que animarán a los individuos a usar la herramienta.

Cómo utilizar esta herramienta

Esta herramienta proporciona estrategias para hacer preguntas, encontrar los recursos que usted necesita y tomar medidas para satisfacer sus necesidades, preferencias y derechos. Utilice las diferentes sugerencias para mantenerse motivado y comprometido en la entrega de sus servicios y apoyo. Si tiene un familiar, tutor o administrador de cuidado que le ayuda a manejar su salud, debe revisar esta herramienta con él o ella.

Lea acerca de los siguientes consejos:

- ❑ Consejo 1: Haga la planificación usted mismo. Usted está a cargo.
- ❑ Consejo 2: No tenga miedo de pedir ayuda.
- ❑ Consejo 3: Vaya más despacio.
- ❑ Consejo 4: ¡Usted tiene derechos!
- ❑ Consejo 5: Involúcrese.
- ❑ Consejo 6: ¡Abogue por usted siempre!

Esta página se ha dejado
en blanco intencionalmente

Nota: My Health, My Life Toolkit se desarrolló mediante la adaptación de los siguientes recursos: Lista de verificación de alta individual del Dr. Eric Coleman, de la Fundación Robert Wood Johnson, Care About Your Care Discharge Checklist & Care Transition Plan , Lista de verificación de alta y plan de transición; publicación de Centros de servicios de Medicare y Medicaid 2012; Su lista de verificación de alta; Lista de alta para cuidadores del United Hospital y el formulario de información de salud para adultos de la Asociación para administración de la información sanitaria estadounidense (AHIMA).

Luchar por sí mismo o por otras personas

Puede llegar un momento en el que sienta que no está recibiendo el apoyo que necesita o merece. Esto puede requerir que diga algo y luche por sí mismo. Hablar en voz alta permite que otros sepan lo que usted quiere y necesita. Hay muchas maneras diferentes para luchar o defenderse a sí mismo o a otras personas. Algunas formas pueden ser más cómodas para usted que otras. Esta herramienta proporciona algunos consejos e ideas útiles sobre cómo empezar a luchar por sí mismo. En esta herramienta se incluyen varios recursos nacionales de Estados Unidos.

Consejos para defenderse o luchar por sí mismo

- ❑ **Consejo 1: Haga la planificación usted mismo. Usted esta cargo.**
  Cuando sienta que necesita ser escuchado, una buena manera de comenzar es reunir a las personas que lo apoyan a usted y sus intereses. Si ya tiene un plan centrado en la persona, ¡asegúrese de usarlo! Hable con personas de su confianza acerca de sus preferencias cuando regrese a casa, los servicios y apoyo que necesita y quién quiere que se involucre en los cambios de su plan de atención médica.

- ❑ **Consejo 2: No tenga miedo de pedir ayuda.**
  Hay muchos lugares que pueden ofrecer servicios para ayudarlo a usted y a sus familiares o tutores. Por ejemplo, el transporte, las comidas, los grupos de apoyo y los servicios de consejería pueden darle a usted y a sus familiares o tutores el apoyo adicional necesario. El planificador de alta hospitalaria y su administrador de atención comunitaria (por ejemplo, el administrador de caso o el trabajador social de una agencia) pueden ayudarlo a encontrar el apoyo que necesita. Un lugar es el Programa de Gestión para la vida en comunidad de los centros de recursos para ancianos y discapacitados (ADRC). Puede encontrar más información en la sección Recursos nacionales de esta herramienta.

- ❑ **Consejo 3: Vaya más despacio.**
  A menudo las decisiones se toman de prisa. Como la persona que recibe atención médica, usted tendrá muchas decisiones que tomar cuando regrese a casa. Es importante iniciar el proceso de planificación de alta con anticipación. Sus familiares o personas de apoyo pueden empezar a investigar sus opciones mientras usted está recibiendo atención en el hospital o centro médico. Al ingresar al hospital, busque la ayuda de su planificador de alta y busque el apoyo de su administrador de atención comunitaria (por ejemplo, el administrador de caso o trabajador social de una agencia).

- ❑ **Consejo 4: ¡Usted tiene derechos!**
  Si cree que es demasiado pronto para salir del hospital o cree que el proceso es demasiado rápido, usted tiene derecho a apelar las decisiones que se toman. Usted tiene el derecho a ser escuchado. El primer paso es hablar con su médico y planificador de alta, e indicarles sus preocupaciones. No dude en acercarse a Medicare, Medicaid o su compañía de seguros. El hospital está obligado a informarle los pasos a seguir para presentar una queja o hacer que su voz sea escuchada.

- **Consejo 5: Involúcrese.**
  La planificación de alta puede parecer confusa y fragmentada. A veces no está claro quién está haciendo qué, por qué y cuándo. Se necesitan mejoras en la educación y la capacitación, la atención preventiva y la planificación de la atención. Usted puede ayudar al ofrecer comentarios a su hospital y a los proveedores de atención médica. También, puede ayudar a mejorar la comunicación, ofrecer comentarios sobre materiales educativos y participar en políticas que impactan en los programas públicos.

- **Consejo 6: ¡Luche o defiéndase siempre!**
  Estos son algunos conceptos básicos de defensa que debe considerar:

  - *Este proceso comienza con usted:* —¡Hable!
  - *Adopte un enfoque de equipo:* trabaje con otros para aprovechar al máximo los recursos disponibles.
  - *Elija una causa que defender:* la defensa comienza eligiendo un causa o desafío que es importante para usted y su familia.
  - *Divida su causa en partes y pasos manejables:* a medida que gane confianza, puede construir desafíos cada vez más grandes.
  - *Busque apoyo y entienda mejor a los críticos:* conozca a las personas que influyen en el problema o desafío que desea abordar. Aborde los problemas con apoyo y esté preparado mediante la comprensión de los pensamientos de los críticos. Mantenga una lista de nombres, direcciones, números de teléfono y una descripción de la función de las personas necesarias para abordar el desafío.
  - *Sea efectivo:* la defensa se realiza mejor cuando la experiencia de la vida real se combina con hechos. Mantenerse informado es fundamental para una defensa exitosa.
  - *Conozca sus derechos:* defiéndase y defienda a los demás. ¡No se rinda!

Recursos nacionales

Programa de Gestión para la vida en comunidad de los centros de recursos para ancianos y discapacitados (Aging & Disability Resource Centers Program, ADRC).

Los ADRC sirven como puntos de entrada únicos al sistema de servicios y apoyo de largo plazo para adultos mayores y personas con discapacidades. A veces se les denomina sistemas de "ventanilla única" o sistemas "sin puerta equivocada", los ADRC resuelven muchas de las frustraciones que los consumidores y sus familias experimentan al tratar de encontrar la información, los servicios y el apoyo necesario. Mediante la integración o la coordinación de los sistemas existentes de servicios para el envejecimiento y la discapacidad, los programas de ADRC aumentan la visibilidad de toda la gama de opciones disponibles; proporcionan información objetiva, proveen asesoramiento y asistencia; capacitan a las personas para que tomen decisiones informadas sobre el apoyo a largo plazo y ayudan a las personas a acceder a los programas de apoyo y servicios de apoyo largo plazo públicos o privados con major facilidad.

Sitio web: *www.adrc-tae.acl.gov/*

The Arc

The Arc es un líder nacional como grupo de defensa de todas las personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo y de sus familias. El Arc también es un líder en la provisión de apoyo y servicios que la gente quiere y necesita. El apoyo y los servicios ofrecidos por los capítulos de The Arc incluyen: servicios de información y servicios de referencias; la defensa individual para resolver problemas relacionados a la educación, el empleo, la atención de la salud y otras preocupaciones; iniciativas de autorepresentación; apoyo residencial y familiar; y programas recreativos y de ocio.

Teléfono: 1-800-433-5255
Sitio web: *www.thearc.org*

Eldercare Locator

Eldercare Locator, un servicio público de la oficina de Administración para Ancianos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, es un servicio nacional que conecta a adultos mayores y personas con discapacidades y sus familias con información sobre varios servicios.

Teléfono: 1-800-677-1116
Sitio web: *www.eldercare.gov*

Medicare

Obtenga respuestas a las preguntas de facturación de Medicare, preguntas sobre reclamaciones, problemas con registros médicos y preguntas sobre gastos.

Teléfono: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
Sitio web: *www.medicare.gov*

Medicare: Planificación de alta hospitalaria (Publicación 11376)

Este documento de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es una lista de planificación de alta para los pacientes y sus familiares o tutores quienes se preparan para salir de un hospital, hogar de ancianos u otro centro de atención.

Sitio web: *www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11376.pdf*

Compare asilos para ancianos de Medicare

El sitio web Comparación de Residencias para Ancianos de Medicare tiene información detallada sobre todos los hogares de ancianos del país que han sido certificados por Medicare y Medicaid.

Sitio web: *www.medicare.gov/nhcompare/*

Centro de derechos de Medicare

El centro de derechos de Medicare es una organización nacional de servicios al consumidor sin fines de lucro que trabaja para asegurar el acceso a servicios de salud asequibles para adultos mayores y personas con discapacidades, a través de asesoramiento y promoción, programas educativos e iniciativas de políticas públicas.

Sitio web: *www.medicarerights.org*

Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Las QIO son organizaciones privadas, en su mayoría sin fines de lucro, atendidas por médicos y otros profesionales de la salud. Los profesionales de la salud están capacitados para evaluar la atención médica y ayudar a los beneficiarios con quejas sobre la calidad de la atención, y para implementar mejoras en la calidad de la atención disponible en todo el espectro de la atención médica.

Sitio web: *http://www.ahqa.org*

United Hospital Fund

Next Step in Care del United Hospital Fund: Cuidadores Familiares y Profesionales del Cuidado de la Salud Trabajan Juntos del United Hospital Fund es una campaña pluridimensional y multianual, que está diseñada para cambiar la práctica del cuidado de la salud reconociendo, capacitando y apoyando de matera rutinaria a los cuidadores de salud, especialmente durante las transiciones en la atención. La campaña es parte de un movimiento más amplio en la asistencia médica para mejorar la calidad y la seguridad. Mientras Nueva York es el foco de trabajo del United Hospital Fund, su impacto y relevancia son nacionales.

Sitio web: *www.nextstepincare.org*

Apéndice del registro personal de salud

Quién debe completar esta herramienta

- ⇨ Individuos que usarán este conjunto de herramientas como parte de sus registros de salud.
- ⇨ Familiares o tutores quienes promueven a los individuos para que completen este conjunto de herramientas.

Cómo utilizar esta herramienta

Su **registro personal de salud** incluye información sobre usted y su salud. Lo ayuda a administrar su atención médica y a mejorar la comunicación entre usted, sus médicos y otros proveedores de atención médica.

- ❑ Mi planificador de citas
- ❑ Mi lista de citas
- ❑ Mi formulario de medicación individual
- ❑ Mi lista de medicamentos
- ❑ Notas del resumen de mi registro personal de salud
- ❑ Notas

Mi planificador de citas

	Día de la cita				Nombre del proveedor	Su número de teléfono
	Mes	Día	Año		Dirección del proveedor	Tipo de proveedor
	Motivo de la cita					
	Preguntas que quiero hacerle a mi proveedor					
	Resultados de la cita *¿Qué escuchó en la cita con su médico? ¿Qué necesita para sacar otra cita?*					

	Día de la cita				Nombre del proveedor	Su número de teléfono
	Mes	Día	Año		Dirección del proveedor	Tipo de proveedor
	Motivo de la cita					
	Preguntas que quiero hacerle a mi proveedor					
	Resultados de la cita *¿Qué escuchó en la cita con su médico? ¿Qué necesita para sacar otra cita?*					

Apéndice del registro personal de salud

Mi lista de citas

Día de la cita			Nombre del proveedor	Motivo de la cita	Diagnóstico
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			
Día de la cita			**Nombre del proveedor**	**Motivo de la cita**	**Diagnóstico**
Mes	Día	Año			

MI MEDICACIÓN (UN FORMULARIO POR CADA MEDICAMENTO)

Nombre del medicamento	¿Qué aspecto tiene el medicamento?
¿Cuánto tomo?	**¿Para qué enfermedad es este medicamento?**
Nombre del proveedor	**Número de teléfono del proveedor**
Nombre de la farmacia	**Número de teléfono de la farmacia**
Horario diario	**Fecha en la que comenzó a tomar el medicamento**
Hora / **Dosis**	Mes / Día / Año
	Fecha en que finalizó la toma del medicamento
	Mes / Día / Año

Hora	Dosis

Reacción al medicamento

Alergias al medicamento

Efectos secundarios del medicamento

- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Mareos
- ☐ Somnolencia
- ☐ Otro: _____
- ☐ Diarrea
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Malestar estomacal
- ☐ Vómitos
- ☐ Pérdida de apetito
- ☐ Ansiedad
- ☐ Otro: _____
- ☐ Problemas de sueño
- ☐ Confusión
- ☐ Sarpullido
- ☐ Pérdida de peso
- ☐ Tos
- ☐ Aumento de riesgo de infección

Mi lista de medicamentos

Alergias conocidas

Medicamentos de la mañana

Nombre del medicamento	Descripción *Color, forma,etc.*	Dósis *Número de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones, etc.*	Instrucciones *Con comida, agua, etc.*	Fecha de inicio	Fecha de término	Nombre del proveedor

Medicamentos de la tarde

Nombre del medicamento	Descripción *Color, forma,etc.*	Dósis *Número de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones, etc.*	Instrucciones *Con comida, agua, etc.*	Fecha de inicio	Fecha de término	Nombre del proveedor

Medicamentos de la noche

Nombre del medicamento	Descripción *Color, forma,etc.*	Dósis *Número de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones, etc.*	Instrucciones *Con comida, agua, etc.*	Fecha de inicio	Fecha de término	Nombre del proveedor

Apéndice del registro personal de salud

Medicamentos antes de acostarse

Nombre del medicamento	Descripción *Color, forma,etc.*	Dósis *Número de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones, etc.*	Instrucciones *Con comida, agua, etc.*	Fecha de inicio	Fecha de término	Nombre del proveedor

Medicamentos según sea necesario

Nombre del medicamento	Descripción *Color, forma,etc.*	Dósis *Número de pastillas, dosis del inhalador o inyecciones, etc.*	Instrucciones *Con comida, agua, etc.*	Fecha de inicio	Fecha de término	Nombre del proveedor

Notas

Apéndice del registro personal de salud

RESUMEN DE MI REGISTRO PERSONAL DE SALUD

Información sobre mí

Nombre	Apellido	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa	Número de celular	
Fecha de nacimiento	☐ Masculino	☐ Femenino

Mi información de seguro de salud

Compañía de seguros de salud privada

Número de seguro médico privado

Número de seguro de Medicaid

Número de seguro de Medicare

Mis necesidades adicionales e instrucciones

Necesidades de comunicación

Necesidades de transporte

Otras solicitudes

Mi historial médico

Mis alergias

Alergia	Fecha de la última reacción

Mis condiciones de salud

Condición de salud	Médico

Mis eventos importantes de salud

Evento de salud	Fecha

Información sobre las personas que me ayudan

Mi ayudante o tutor

Nombre	Apellido
Número de teléfono	Tipo de parentesco

En caso de emergencia, contactar:

Nombre	Apellido
Número de teléfono	Tipo de parentesco

Mi médico de atención primaria

Nombre	Apellido
Número de teléfono	Tipo de parentesco

Mi proveedor n.º 1

Nombre	Apellido
Número de teléfono	Dirección

Mi proveedor n.º 2

Nombre	Apellido
Número de teléfono	Dirección

Mi farmacia

Nombre de la farmacia	Número de teléfono
Dirección de la farmacia	

Mi hospital

Nombre del hospital	Dirección

Mi agencia de atención domiciliaria

Nombre de la agencia	Número de teléfono

Mi registro de medicación

Mi lista de medicamentos

Nombre del medicamento	Dosis	Hora del día

NOTAS

FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN

Mes	Día	Año

Referencias

Australia Department of Health, (2008). *Disability -people with a disability: Responding to needs during hospitalization* (PD2008_010). Retrieved from website: http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2008/PD2008_010.html

Bailey, E. (2011). The Patient's Checklist: 10 simple hospital checklists to keep you safe, sane and organized. New York, NY: Sterling Publishing.

Balogh, R.S., Hunter, D., Outllette-Kuntz, H. (2005). Hospital Utilization among Persons with an Intellectual Disability, Ontario, Canada, 1995-2001. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 18*, 181-190.

Baxter, H., Lowe, K., Houston, H., Jones, G., Felce, D., & Kerr, M. (2006). Previously unidentified morbidity in individuals with intellectual disability. *British Journal of General Practice*, *56*, 93-98.

Cheng, H., & Yen, P. (2010). Are adults with developmental disabilities more likely to visit eds? *American Journal of Emergency Medicine*, *28*, 853-856.

Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of individuals' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, *31*(5), 1165-1173.

Efraimsson, E., Sandman, P.O., Hyden, L-C., & Rasmussen, B.H. (2004). Discharge planning: 'fooling ourselves?' - individual participation in conferences. *Issues in Nursing, 13*, 562-570.

Emerson, E., Baines, S., Allerton, L., & Welch, V. (2012). Health Inequalities & People with Learning Disabilities in the UK: 2012. Supported by the Department of Health.

Emerson, E., Glover, G., & Chauhan, U. (2011). Improving the health of people with learning disabilities: The role of health checks. *Learning Disability Today*, *February/March*.

Fox, D., & Wilson, D. (1999). Parents' experiences of general hospital admission for adults with learning disabilities. *Journal of Clinical Nursing*, *8*, 610-614.

Glover, G., & Evison, F. Department of Health, (2013). Hospital admissions that should not happen: Admissions for ambulatory care sensitive conditions for people with learning disabilities in England. Supported by the Department of Health.

Haveman, M., Pery, J., Salvador-Carulla, L., Noonan Walsh, P., Kerr, M., Van Schrojenstein Lantman-De Valk, H., … Weber, G. (2011) Ageing and health status in adults with intellectual disabilities: Results of the European POMONA II study. J*ournal of Intellectual & Developmental Disability, 36,* 1, 49-60.

Hemsley, B., Balandin, S., & Togher, L. (n.d.). Narrative analysis of the hospital experience of older parents of people who cannot speak. (2007). *Journal of Aging Studies*, *21*, 239-254.

Iacono, T., & Davis, R. (2003). The experiences of people with developmental disability in emergency departments and hospital wards. *Research in Developmental Disabilities*, *24*, 247-264.

Krahn, G., Hammond, L., & Turner, A. (2006). A cascade of disparities: health and health care access for people with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, *12*, 70-82.

Murphy, J. (2006). Perceptions of communication between people with communication disability and general practice staff. *Health Expectations*, *9*, 49-59.

Robertson, J., Roberts, H., Emerson, E., Turner, S., & Greig, R. (2011). The impact of health checks for people with intellectual disabilities: a systematic review of evidence. *Journal of Intellectual Disability Research, 55*, 11, 1009-1019.

van Schrojenstein Lantman-de Valk, H.M.J., van den Akker, M., Maaskant, M.A., Haveman, M.J., Urlings, H.F.J., Kessels, A.G.H, & Crebolder, H.F.J.M. (1997). Prevalence and incidence of health problems in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 41,*1, 42-51.