ANOTE LAS ESTADÍAS RECIENTES EN HOSPITALES Y CENTROS DE CONVALECENCIA

Fecha de admisión		Fecha de alta	
Motivo			

Fecha de admisión		Fecha de alta	
Motivo			

Fecha de admisión		Fecha de alta	
Motivo			

¿Tiene instrucciones anticipadas (un documento que establece su preferencia para la atención si no puede hablar por usted mismo)?

Sí No

ANTECEDENTES MÉDICOS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

INSTRUCCIONES/PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EL HOGAR DEL PACIENTE

PROBLEMAS IMPORTANTES	RECOMENDACIONES
MÉDICOS	MÉDICAS
FUNCIONALES	FUNCIONALES
COGNITIVOS/PSICOSOCIALES	COGNITIVAS/PSICOSOCIALES
COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN	COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

Instrucciones/plan de atención médica para el hogar del paciente—Copyright S+AGE. Usado con autorización.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ADVERTENCIA

Si tiene alguno de los siguientes signos o síntomas, llame al equipo de atención de transición. Si se trata de un problema que pone en peligro la vida, llame al 911:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

CONOZCA SUS MEDICAMENTOS

Actualice su lista de medicamentos con todos los medicamentos, las vitaminas y las fórmulas a base de hierbas. Muéstresela a su médico.

Pregunte al/a la enfermero/a qué medicamentos debe tomar cuando deje el hospital.

SU INFORMACIÓN

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono particular: (_____)_____

Fecha de nacimiento: _____

CONTACTOS IMPORTANTES

Cuidador/familia	
Número de teléfono	
Especialista	
Número de teléfono	
Especialista	
Número de teléfono	
Farmacia	
Número de teléfono	
Atención en el hogar	
Número de teléfono	
Equipo médico duradero (DME)	
Número de teléfono	

M295 7/17

SU TRANSICIÓN AL HOGAR

Este registro lo ayuda a controlar su transición de un centro de enfermería especializada a su hogar. Si necesita ayuda para completar este formulario, pregunte a un miembro del personal.

Si tiene preguntas o inquietudes, llame a su médico:

Médico: _____

Teléfono: (_____)_____

Su enfermero/a: _____

Teléfono: (_____)_____

O llame a SCAN Health Plan gratis al

1-800-247-5091

TTY: 711

Lunes a viernes, de 8:00 A. M. A 5:00 P. M.

¡RECUERDE!

Lleve lo siguiente a su próxima cita con el médico:

- ✓ Sus indicaciones del alta del hospital
- ✓ Todos los medicamentos antiguos y nuevos, incluidos los de venta libre y los que son a base de hierbas
- ✓ *Five Wishes* (Cinco deseos), formulario de poder notarial duradero

scan HEALTH PLAN®