

Mi plan de acción para la prevención de caídas

Mi nombre: _____

Fecha: _____

De qué se habló y qué se cubrió durante mi cita:	
¿Mi historial de caídas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ejercicios de fuerza y equilibrio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En cuanto a seguridad en el hogar y peligros de caídas, ¿me proporcionaron una lista de verificación de seguridad en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En cuanto a mi andar, ¿se evaluaron la fuerza y el equilibrio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Suplemento/medicamentos para la salud ósea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Para ayudar a reducir mi riesgo de caídas, mi médico también revisó los siguientes puntos de acción conmigo:	
Mis medicamentos fueron revisados y se realizaron los siguientes cambios:	
Mi visión fue controlada. Mi médico me dijo:	
Mi presión arterial es demasiado alta/baja. Mi médico me dijo que la controle a menudo:	
Hablamos acerca de mi dolor. Mi médico me dijo:	
Hablamos acerca de mi actividad física. Mi médico me dio esta receta para ejercitar:	
Me recomendaron un programa de prevención de caídas:	
Me recomendaron fisioterapia para ayudar con mi andar, fuerza y equilibrio:	
Me recomendaron un podólogo:	
Me recomendaron una gestión de casos:	
Tengo una cita para un control de osteoporosis:	
Mi médico me recomendó que obtenga un servicio de respuesta para emergencias:	
Al consultorio de mi médico le gustaría hacerme un seguimiento (por teléfono o en persona) sobre mi Plan de acción para la prevención de caídas dentro de los próximos 30 días. Mi cita está programada para:	