

Mi Plan de Cuidado Compartido/My Shared Care Plan

La siguiente información es importante para todos los miembros del equipo de cuidado.
(Below is important information for all members of the care team.)

Fecha de hoy (Today's date):

Favor de llenarlo con un miembro del equipo. Please complete with a member of your care team.

Mi nombre (My Name):	Mi número de teléfono (My Phone):
Fecha de nacimiento (DOB):	Mi correo electrónico (My email address):
Contacto familiar y su número de teléfono (Family contact and phone):	
La persona brindando la información para el cuidado y plan de cuidado (padre, guardián, representante del paciente) (Person providing information for care and care plan (parent, guardian, or other patient representative):	

Yo quiero que la persona trabajando conmigo sepa... (I want the person working with me to know...)

Yo tengo necesidades especiales (I have challenges with): Visuales (Vision) Del oír (Hearing) De movilidad (Mobility)
 Inglés como idioma segunda (ESL) Otro (Other)
 Comentarios (Comments):

Yo tengo problemas con mi dieta (I have issues with Diet): Sí (Yes) No Comentarios (Comments):

Mi religión/espiritualidad tiene que ver con mi cuidado de salud (My Religion/Spirituality impacts my health care):
 Sí (Yes) No Comentarios (Comments):

Yo tengo (I have): Directivos Avanzados de Antemano Advanced Directives Sí (Yes) No Ordenes de un doctor del tratamiento para sostener la vida (POLST) Sí (Yes) No Procuración Power of Attorney Sí (Yes) No
 Comentarios (Comments):

Yo vivo (I live): solo (a) (alone) compañero (a) / esposo (a) (partner/spouse) familiares (extended family)
 Otro (Other):

Mi Plan de Cuidado Compartido (My Shared Care Plan)

Yo aprendo mejor (I learn best by): leyendo (reading) con pláticas (being talked to) cuando me muestran (having someone show me how) escuchando a casetes (listening to tapes) a través de fotos o videos (seeing pictures or videos)

Yo tengo acceso a la Red (I have access to the Internet) Sí (Yes) No

Mi equipo de cuidado (My Care Team)

Próxima cita (Next Appt)	Nombre (Name)	Iniciales	Número de teléfono (Phone) / Fax	Papel (Role)
				Persona que le cuida/apoya (Caregiver or support)
				Especialista de cuidado clínico (Clinical Care Specialist)
				Doctor primario (Primary Care Doctor)
				Cardiólogo (Cardiologist)
				Endocrinólogo (Endocrinologist)
				Farmacéutico (Pharmacy)

Yo autorizo que mi plan de cuidado compartido sea compartido con mi Equipo de Cuidado antes mencionado (I authorize my shared care plan to be shared with my Care Team listed above): Sí (Yes) No Otros con los que estoy de acuerdo en compartir mi plan son (Others with whom I agree to view my plan include):

CONFIDENTIAL

Nombre (Name): _____

Número de teléfono: _____

Mi Plan de Cuidado Compartido (My Shared Care Plan)

Diagnosis (Diagnoses)	

Descripción de reacciones y alérgias a medicamentos (My medical profile)			
Alérgico a drogas como / intolerancia a (Drug Allergies / Intolerances)	Reacciones (Reactions)	Fecha ocurrida (Date Occurred)	Comentarios (Provider)
Otras alergias (Other allergies):			

Medicamentos de venta libre (Over-the-Counter Meds)				
Nombre (Name)	Direcciones (Directions)	Veces tomados (Times taken)	Razón tomada (Reason taken)	Comentarios (Comments)
Aspirina (Aspirin)				

CONFIDENTIAL Nombre (Name): _____ Número de teléfono: _____

Mi Plan de Cuidado Compartido (My Shared Care Plan)

Mi lista de prescripciones recetadas (Prescription Medications)

Fecha (Date)	Rx por (by)	Nombre de la droga (Name of the drug)	Direcciones (Directions)	Uso (Use)	Desayuno (Bkfst) 8-9	Almuerzo (Lunch) 12-1	Cenar (Dinner) 6-8	Noche (Night) 9-11	Comentario Adicional (Comments)
				ACE Inhibitor					
				Beta Blocker					

Medicamentos ya no usados (Discontinued Medications)

Fecha	Rx por	Nombre de la droga	Direcciones	Uso	D 8-9	A 12-1	C 6-8	N 9-11	Comentario Adicional

Mi Plan de Cuidado Compartido (My Shared Care Plan)

Tengo inquietudes sobre (I am worried about): mi habilidad de manejar mi condición crónica (my ability to manage my chronic condition) asuntos financieros (financial issues) acceso al cuidado de salud (access to healthcare) asuntos emocionales (emotional issues) asuntos familiares (family issues) apoyo espiritual (spiritual support) problemas para pensar o de memoria (thinking or memory problems) asuntos de fin de vida (end of life issues)

Otro (Other):

Mi meta de largo plazo (My long term goal):

Meta de HgA1c HgA1c goal:

HbA1C más reciente/fecha (Most Recent HbA1C/date):

EF al día: %

Próximos pasos al bienestar (Next steps to wellness):

(Llenado por el paciente y otros miembros del equipo de cuidado. Cada paso se puede iniciar por el paciente u otro miembro del equipo de cuidado. Pasos puede incluir inquietudes sobre la condición médica, obstáculos, o metas y están seguidos por acciones, soluciones, observaciones, el estado corriente del paso, etc. Pon en grupo junto cada tópica diferente.) (Completed by patient and other members of Care Team. Each step can be initiated by patient or other member of Care Team. Steps may include concerns about medical condition, problems, barriers, or goals and are followed by actions, solutions, observations, the current status of the step, etc. Group entries about each topic together.)

Fecha (Date)	Inquietudes / Problemas / Acciones / Comentarios / Estado corriente (Concerns / Problems / Actions / Comments / Status)	Por

CONFIDENTIAL Nombre (Name): _____ Número de teléfono: _____

Mi Plan de Cuidado Compartido (My Shared Care Plan)

Próximos pasos al bienestar (Next steps to wellness):

Registro de Salud (Health Log)

(i.e., actividad física, examen de azúcar, plan de comer menos sal, cuidado de peso diario, resultados de laboratorios, reducción de estrés, manejo de medicamentos) (i.e., exercise, blood sugar testing, low-salt eating plan, daily weight, lab results, stress reduction, medication management)

Por ejemplo (For example):

HgA1c (Nivel normal (Normal Range)= 4.0-6.0)		
8/26/02	6.7	
3/4/02	8.6	recuperando de una pierna fracturada
6/26/01	6.6	

CONFIDENTIAL Nombre (Name): _____ Número de teléfono: _____

