

Lista de verificación de la bolsa médica portátil

Documentos

- Documento de historial médico (incluido)
- Copia de identificación: licencia de conducir, etc.
- Copia de la tarjeta del seguro médico
- Copia de la directiva anticipada o poder notarial
- Documento de información sobre el cuidado de la mascota (incluido)

Comodidad

- Estuche de transporte para prótesis dentales
- Aparato de asistencia, si corresponde
- Libro favorito
- Scrabble, Sudoku, juegos
- Teléfono celular/iPad/tableta y cargadores
- Papel y bolígrafo
- Foto de sus seres queridos
- Objeto reconfortante de casa
- Pantuflas antideslizantes/zapatos sin cordones

Artículos adicionales

- Camisa, pantalones y ropa interior adicionales
- Llave de repuesto de la casa
- Audífonos de repuesto con pilas
- Par de anteojos o lentes de contacto de repuesto
- Alimentos, si corresponde
- Botella de agua rellenable



Lazo de la bolsa imprimible

Imprima y recorte con tijeras.
Adhiéralo a la bolsa médica portátil.



Pertenece a: _____



Bolsa m é dica port á til



Contiene necesidades médicas importantes – llevar consigo



Pertenece a: _____



Bolsa m é dica port á til



Contiene necesidades médicas importantes – llevar consigo



Pertenece a: _____



Bolsa m é dica port á til



Contiene necesidades médicas importantes – llevar consigo


Historial médico

Información del paciente		Idioma preferido:		
Nombre:		Fecha de nacimiento:		Género:
Dirección			Teléfono	
Contacto de emergencia #1				
Nombre		Parentesco		Teléfono
Contacto de emergencia #2				
Nombre		Parentesco		Teléfono
Contacto de emergencia #3				
Nombre		Parentesco		Teléfono
Información sobre el seguro				
Proveedor de seguros			Número de póliza	
Antecedentes personales (<i>marque todas las opciones que correspondan</i>)				
<input type="checkbox"/> Sin afecciones médicas conocidas <input type="checkbox"/> Alergias (a medicamentos, alimentos, ambientales) <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> Cáncer (especifique.....) <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes (Tipo 1/Tipo 2) <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones <input type="checkbox"/> ERGE (reflujo de ácido) <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Gota		<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco/Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Presión arterial alta (hipertensión) <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/cálculos renales <input type="checkbox"/> Hepatitis/enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (alcohol/drogas) <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides (hipo/híper) <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Úlceras		
Otros problemas médicos:				
Tratamientos/medicamentos				
Nombre(s)	Dosis(s)	Frecuencia	Finalidad	Nota(s)

Tratamientos/medicamentos				
Nombre(s)	Dosis(s)	Frecuencia	Finalidad	Nota(s)
Restricciones alimentarias:			Alergias:	
Antecedentes familiares (<i>marque todas las opciones que correspondan</i>)				
<input type="checkbox"/> No hay antecedentes familiares conocidos de afecciones médicas <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Colesterol alto			<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Afecciones de salud mental (depresión, ansiedad, etc.) <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes <input type="checkbox"/> Otras:	
Nombre del proveedor de atención primaria (PCP):			Información médica adicional:	
Número de teléfono y dirección del PCP:				
Cirugías/procedimientos (con fechas):				
Nombre de la farmacia:				
Número de teléfono de la farmacia:				
Dirección de la farmacia:				

Use esta página para compartir con el equipo médico cualquier otra información importante del paciente:

Información sobre el cuidado de la mascota

Nombre de la mascota:		 <p>Adjunte una foto de su mascota aquí</p>
Sexo:	Edad:	
Raza:		
Coloración:		

Información alimentaria

Incluya a continuación toda la información alimentaria relevante para su mascota. Incluidas la marca alimentaria, la cantidad y la frecuencia de las comidas a continuación.

Descanso para ir al baño

Incluya a continuación toda la información relevante sobre los hábitos de ir al baño de su mascota.

Información adicional

Incluya cualquier información adicional sobre su mascota, como tiempo al aire libre y/o información sobre medicamentos a continuación. Información del veterinario, como nombre, dirección, número de teléfono.

Número de teléfono y persona de contacto para la mascota: