



# VISITA DEL HOSPITAL O ATENCION URGENTE

## Take to visita del hospital o atencion urgente

Tengo una discapacidad en el desarrollo. Creo que le ayudará a cuidar de mí si usted sabe un poco acerca de cómo mi discapacidad me afecta cuando estoy bien. Significa que hay cosas que puedo hacer, cosas con las que necesito ayuda y cosas que no puedo hacer. Por favor, coloque esta información en mi tabla para que pueda ayudar a todos los que se preocupan por mí mientras estoy aquí. Gracias.

Fecha \_\_\_\_\_ Mi nombre es \_\_\_\_\_ Me gusta ser llamado \_\_\_\_\_ salon # \_\_\_\_\_

persona conmigo es \_\_\_\_\_ contacto: \_\_\_\_\_

persona que toma mis decisiones médicas hoy es \_\_\_\_\_ contacto: \_\_\_\_\_

Mi Dr. regular es \_\_\_\_\_ contacto: \_\_\_\_\_

Tengo estas alergias \_\_\_\_\_ mis disparadores/sensibilidades son: \_\_\_\_\_

### Estoy aqui porque:

<input type="checkbox"/> Me lastimé	Como?	Quando?
<input type="checkbox"/> ¿Estoy en el dolor?	<input type="checkbox"/> Sharp <input type="checkbox"/> Ache Where?	
<input type="checkbox"/> estoy enfermo	¿cuánto tiempo?	
<input type="checkbox"/> Estoy corto de aliento	<input type="checkbox"/> tengo dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> me desmayé
<input type="checkbox"/> sigo vomitando	<input type="checkbox"/> tengo diarrea/calambres	
<input type="checkbox"/> Tengo una mala	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> dolor de garganta <input type="checkbox"/> dolor de oídos
<input type="checkbox"/> He tenido una convulsion duro _____ minutos	Otro	
normalmente trato el problema por		

### Estoy siendo tratado para

<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cancer
<input type="checkbox"/> Infección de la vejiga	<input type="checkbox"/> problema del Pulmón/respiración	<input type="checkbox"/> Estómago	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/> Tiroides	Other	

### What Lo que debería saber sobre mí y cómo mi discapacidad me afecta:



#### Físicamente:

<input type="checkbox"/> Puedo empujar el botón de llamada	<input type="checkbox"/> no puedo empujar el botón de llamada		
<input type="checkbox"/> Puedo andar sin ayuda,	<input type="checkbox"/> yo caminando lentamente	<input type="checkbox"/> uso un andador	utilizo una silla de ruedas
Other			

**Con ayuda puedo:**

<input type="checkbox"/> hacer mis cuidados personales	<input type="checkbox"/> entrar y salir de la cama	<input type="checkbox"/> ir al baño
<input type="checkbox"/> Alimentarme	<input type="checkbox"/> tomar medicación	

**Tendré que ser:**

<input type="checkbox"/> levantado en y fuera de la cama	<input type="checkbox"/> alimentado	<input type="checkbox"/> bañado	<input type="checkbox"/> servicios del baño
<input type="checkbox"/> Dado medicación			
Otro			

**Comunicación:**

<input type="checkbox"/> Puedo hablar por mí, por favor, intente escuchar		<input type="checkbox"/> no puedo hablar por mi mismo		
<input type="checkbox"/> Estoy sordos o duros de oído		<input type="checkbox"/> tengo un intérprete		
Puedo comunicar con:				
<input type="checkbox"/> Equipo	<input type="checkbox"/> Los gestos y expresiones faciales	<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas	<input type="checkbox"/> imágenes	<input type="checkbox"/> Puedo escribir cosas

**Entendimiento:**

<input type="checkbox"/> puedo entender lo que dice a mí
<input type="checkbox"/> me gustan términos simples y paso a paso direcciones
<input type="checkbox"/> no puedo entender lo que me dices

**Preocupaciones especiales y/o miedos:**

Quando estoy ansioso o frustrado me ayuda a sentirme mejor si tengo: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Es difícil para mí sentarse quieto
<input type="checkbox"/> Tengo miedo de: <input type="checkbox"/> Los exámenes médicos <input type="checkbox"/> Ser tocado <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Otros
Por favor dígame antes de hacer cualquiera de estas cosas (lista):

Personas en mi vida		
Relación	Nombre	Telefono
Miembro de familia		
Guardian:		
Asistente:		
Persona de apoyo:		
Casa de Salud:		
Decisiones médicas, directiva avanzada y/o información sobre el poder del abogado:		
_____		
_____		
_____		