



Sobre Mí

**Complete este formulario y úselo como ayuda adicional para obtener información sobre usted.
tome este formulario a una visita por primera vez con un médico.**

Hola, _____ Mi llamo _____ Me gusta ser llamado _____

Quiero que seas capaz de ayudarme a sacar el máximo provecho de esta cita y quiero que seamos capaces de comunicarnos. Es importante que me veas como una persona primero y que me trates como a todos tus otros pacientes. Soy un individuo con una discapacidad y me gustaría usar este documento para ayudarte a entender cómo mi discapacidad me afecta y cómo me comunico. Juntos podemos entender lo que está pasando conmigo. Mi persona de apoyo puede ayudarme a hacer las cosas que quieres que haga cuando nos vayamos hoy.

Seguro Medico	
MA#	

La persona que está conmigo es: _____

Mi persona de apoyo principal es: _____

Mi grupo de apoyo es:

Familia		Asistente de Cuidados Personales	
Entrenador de empleo		el Vecino	
El tutor		Interpretor	
Administrador de casos		Otro	

Trabajo en:

Mi trabajo es: _____

Horas a la semana: _____

Mis alergias incluyen:

Alimentarias _____

Medicamentos _____

Otro (latex, etc.) _____

Lo que quiero que sepas acerca de cómo mi discapacidad me afecta:

Las cosas que me provoca y Mis problemas de sensibilidad son: _____

Físicamente:

Camino sin ayuda	
Camino despacio o con un andador	
Utilizo una silla de ruedas	
Necesito ayuda para subir a la mesa del examen	
Necesito que me levanten en la mesa de examen	
Me gustaría ser examinado en mi silla	
Otro	

Comunicación:

Puedo hablar para mí. Por favor, trate de escuchar	
No puedo hablar	
Soy sordo/difícil de escuchar	
Mi compañero puede ayudarle	

**Me puedo comunicar con:**

Computadora/otro dispositivo de comunicación	
Imágenes	
Tengo informaciones escrita	
lenguaje de señas	

Entendimiento:

Puedo entender lo que me dices	
me gustan los términos simples y paso a paso direcciones	
confío en la persona conmigo para entender los detalles de lo que me dices	

Mi situación de vida:

Mi propia casa/apartamento	
Compatible entorno habitable	
Casa de Familia	
un grupo de casa	
Otro	

Cosas que dependen de otros para ayudarme con son:

Cuidados personales	
Relleno de prescripciones	
Tomando medicamentos	
Preparar comidas	
Transporte	
Otro	

Medicamentos que estoy tomando actualmente:

Medicina	Direcciones / Objetivo de la dosis	Propósito	Prescrito por	Fecha comenzó