MIS NOTAS PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

A continuación figura un formulario que los pacientes y cuidadores pueden usar para prepararse para una consulta con el proveedor de atención médica, o bien durante o después de esta.

ANTES DE LA CONSULTA

REGISTRE SUS SÍNTOMAS

Síntoma	¿Desde cuándo ocurre?	¿Con qué frecuencia ocurre?	¿Cuándo ocurre?	¿Dónde ocurre?	¿Qué lo mejora o lo empeora?	Cualquier otra información

SEA SU PROPIO DEFENSOR DE LA SALUD

Mis preocupaciones: _____

___ _____

_____

Lo que quiero comentar: _____ ___

_____ _____

_____

Objetivos de la consulta: _____ _____

_____ _____

_____

Preguntas concretas: _____ __

_____ _____

_____

ANOTE SUS ANTECEDENTES MÉDICOS

(CIRUGÍAS, ENFERMEDADES GRAVES, PROCEDIMIENTOS)

_____

_____

_____

_____

ANOTE CUALQUIER ANTECEDENTE MÉDICO FAMILIAR RELEVANTE

(ENFERMEDADES O ACONTECIMIENTOS MÉDICOS IMPORTANTES)

Historial médico de Nombre del familiar/parentesco

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

HAGA UNA LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS QUE TOMA

Medicamento, suplemento o vitamina	Propósito	Dosis	Frecuencia	Duración

HAGA UNA LISTA DE TODOS SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA Y CITAS PREVIAS

Nombre del proveedor	Motivos de la consulta	Resultados	Fecha	Información de contacto

COMPRENDA LA INFORMACIÓN FINANCIERA IMPORTANTE

_____

_____

_____

_____

_____

_____

DURANTE LA CONSULTA

TOME NOTAS DURANTE LA CONSULTA

Diagnóstico:

_____

_____

_____

Opciones de tratamiento:

_____

_____

_____

Pruebas:

_____

_____

_____

Próximos pasos:

_____

_____

Cualquier otra nota:

_____

_____

_____

_____

Atención de seguimiento:

_____

_____

PREGUNTAS SOBRE EL DIAGNÓSTICO

¿Es necesario realizar pruebas?

¿Las pruebas suelen estar cubiertas por el seguro?

¿Qué significa el diagnóstico? ¿Cuál es la gravedad del diagnóstico?
¿Qué significa para hoy, a corto plazo y a largo plazo?

¿Cuál es la causa del diagnóstico?

¿Qué factores de riesgo están asociados a esta enfermedad o afección?

PREGUNTAS SOBRE EL TRATAMIENTO

¿Cuáles son las opciones de tratamiento actuales?

¿Cuáles son las indicaciones para tomar el tratamiento? ¿Con qué frecuencia y durante cuánto tiempo debo tomar este tratamiento? ¿Qué efectos secundarios debo tener en cuenta?

¿Cómo sabré si el tratamiento es eficaz?

¿Cuáles son los efectos secundarios más frecuentes?

¿Cuál es el costo de este tratamiento?

¿Qué pasaría si retrasara el tratamiento?

PREGUNTAS SOBRE LA ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO:

¿Necesito ver a un especialista?

¿Necesito alguna atención/consulta de seguimiento?

Si los síntomas no mejoran, empeoran o reaparecen, ¿cuándo debo volver?

¿Hay algún síntoma que deba vigilar?

¿Cómo pueden ayudar o perjudicar a mi enfermedad los cambios en el estilo de vida, la nutrición u otros factores ambientales?

Si los tratamientos no funcionan, ¿existen opciones de ensayos clínicos?

DESPUÉS DE LA CONSULTA

LLEVE UN REGISTRO DE SUS SÍNTOMAS Y DE CÓMO SE SIENTE CON EL MEDICAMENTO

Fecha	Síntomas	Fecha	Síntomas

Notas generales:

_____

_____

_____

HAGA UN SEGUIMIENTO DE SU CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRATAMIENTO

Tome nota de si está tomando su medicamento con regularidad y, si no puede hacerlo, intente entender por qué. Por ejemplo, ¿necesita programar una alarma, necesita ayuda de transporte para llegar a la consulta para una infusión o necesita ayuda económica para pagar el copago del medicamento?

Fecha	Motivo

Notas generales:

_____

_____

_____

MIS PREOCUPACIONES CON MI TRATAMIENTO ACTUAL: