Información imprescindible

Nombre: Fecha de nacimiento:

Dirección: Teléfono:

· Contacto en caso de emergencia

Nombre
Relación
Cómo contactar
Teléfono casa
Teléfono trabajo
Móvil

Enfermedades del paciente e indicaciones básicas

Nombre
Relación
Cómo contactar
Teléfono casa
Teléfono trabajo
Móvil

Enfermedades del paciente e indicaciones básicas

· Alergias

Medicamentos Comida

· Restricciones dieta

Cuánto líquido debe ingerir

Presión arterial Azúcar en sangre Peso Tipo sangre

· Centro de atención primaria

Dirección Teléfono / Email
Nombre doctor Teléfono / Email
Hospital Teléfono / Email
Especialista

· Seguro médico

N° Póliza Teléfono / Email
Seguro suplementario N° Póliza Teléfono / Email

· Indicaciones en caso de emergencia

Señalar cómo localizar un documento escrito en el que se recojan los últimos deseos de la persona.

Nombre del documento Localidad
Persona de contacto Relación
Teléfono de casa Trabajo Móvil

· Otra información importante

Anotar aquí otras características importantes sobre la salud de la persona, como si tiene problemas de audición, para ver, de equilibrio, para caminar, para montarse o salir del coche, para sentarse o levantarse de la cama.

Anotar aquí cómo duerme la persona: si, por ejemplo, se levanta por las noches para ir al baño. Esta información es importante saberla por si fuera necesario dejar una luz encendida por las noches para que se oriente.

Fuente: ONG Springwell https://springwell.com/

Otra información importante

Actividades básicas de la vida diaria: si necesita ayuda para bañarse, vestirse, asearse, comer y caminar.

Si es incontinente (mixto - percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a la urgencia como al esfuerzo - incontinencia de urgencia - necesidad repentina y urgente de orinar) y el tipo de absorbente que utiliza (elástico - pañal absorbente - compresa, salvaslip)

Cómo come: si tiene buen apetito o no, si tiene una dieta blanda, si toma triturados...

Si la persona cuenta con un servicio de teleasistencia, anotar el nombre de la empresa con la que lo tiene contratado y cómo se activa el servicio.

Fuente: ONG Springwell https://springwell.com/

Comprobar antes de ir a Urgencias

· No olvidar:

• Llevar tarjeta de la Seguridad Social. En caso de tener un seguro privado, llevar la tarjeta del seguro.

• Lista con los nombres, teléfonos o e-mails de todos los médicos y profesionales sanitarios que atienden al paciente (Atención Primaria, Especialistas, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta y otros).

• Lista de todos los medicamentos que toma el paciente. En esta lista también se debe incluir el nombre de cualquier medicamento que tome el paciente y para el que no se necesite receta, como vitaminas, suplementos alimenticios.

• Comprobar que lleva cualquier prótesis o dispositivos que necesite, como audífonos, auriculares, gafas, dentadura postiza, bastón, móvil y cargador.

• Asegurarse que lleva ropa cómoda (preferible si no tiene cremalleras), zapatillas y calcetines cálidos y que no aprieten.

• Lista de teléfonos de los familiares, amigos y vecinos más cercanos.

• Otros: _____

· Avisar a familiares, amigos, vecinos:

Nombre _____
Relación _____
Teléfono casa _____
Teléfono trabajo _____
Móvil _____

Nombre _____
Relación _____
Teléfono casa _____
Teléfono trabajo _____
Móvil _____

Nombre _____
Relación _____
Teléfono casa _____
Teléfono trabajo _____
Móvil _____

Nombre _____
Relación _____
Teléfono casa _____
Teléfono trabajo _____
Móvil _____

· Servicios que hay que suspender o cancelar

Teléfono, e-mail o dirección web _____
Suscripción periódico _____
Correo _____
Servicio de entrega a domicilio _____
Teleasistencia _____
Ayuda a domicilio _____

Otros _____
Otros _____

Nota: Compruebe en el calendario si hay alguna cita que deba ser anulada

Fuente: ONG Springwell https://springwell.com/

Nombre: Fecha de nacimiento:

Personas de contacto que puedan tomar decisiones relacionadas con el tratamiento, asuntos legales y financieros del paciente.

· Representante para asuntos médicos

Persona autorizada para tomar decisones sobre el tratamiento médico en caso de que el paciente no esté capacitado mentalmente.

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Número _____

Ciudad _____ Código postal _____ País _____

Teléfono casa _____ Teléfono trabajo _____

Móvil _____ Email _____

Indicaciones de contacto _____

Médico nombre _____ Teléfono _____

Médico nombre _____ Teléfono _____

¿El médico firmó la orden de no reestablecer la función cardiaca o respiratoria en caso de fallo? ☐ Sí ☐ No

· Tutor

Persona que tiene la autorización para manejar los asuntos personales, legales y financieros del paciente.

¿Este poder está vigente en el momento en que se produce la incapacidad del paciente?

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Número _____

Ciudad _____ Código postal _____ País _____

Teléfono casa _____ Teléfono trabajo _____

Móvil _____ Email _____

Indicaciones de contacto _____

Lugar en que se encuentra el poder _____

· Tutor

Persona designada por el juez para manejar los asuntos financieros de la persona con demencia.

¿Este poder está vigente en el momento en que se produce la incapacidad del paciente?

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Número _____

Ciudad _____ Código postal _____ País _____

Teléfono casa _____ Teléfono trabajo _____

Móvil _____ Email _____

Indicaciones de contacto _____

Lugar en que se encuentra el poder _____

· Tutor

Persona designada por el juez para manejar los asuntos financieros de la persona con demencia.

¿Este poder está vigente en el momento en que se produce la incapacidad del paciente?

Nombre _____ Relación

Dirección _____ Número

Ciudad _____ Código postal País

Teléfono casa _____ Teléfono trabajo

Móvil _____ Email

Indicaciones de contacto _____

Lugar en que se encuentra el poder _____

Nombre: Fecha de nacimiento:

Medicamentos, medicamentos sin prescripción y suplementos dietéticos.

Dónde se guardan los medicamentos _____ Utiliza pastilleros ☐ Sí ☐ No Persona encargada de rellenar los pastilleros _____

Nombre Medicamento	Formato	Dosis	Para qué	Comienzo	Final	Médico / Farmacia	Notas
Ej: Adiro	Comprimidos	100 mg 1x/día	Antiagregante	1 / 1 / 97	Crónico	Dr. Iglesias	Tomar en la comida

Farmacia

Dirección _____ Ciudad _____

Teléfono _____ Fax _____

Horario _____ Web _____

Número de Tarjeta sanitaria _____

Información sobre alergias

Medicamento	Reacción	Primera vez que sucedió	Tratamiento

Fuente: ONG Springwell https://springwell.com/

Nombre: Fecha de nacimiento:

Registro de indicadores de salud

Fecha	Hora	Peso	Presión Arterial	Nivel de glucemia (azúcar en sangre)	Saturación	Deposiciones

Fuente: ONG Springwell https://springwell.com/

Cuaderno del Cuidador

Nombre: Fecha de nacimiento:

Información médica

· Diagnóstico médico

Diagnóstico	Fecha	Doctor	Tratamiento

· Cirugías

Fecha	Cirujano	Hospital	Complicaciones

·Hospitalización y rehabilitación

Fecha	Hospital	Causa	Fecha alta	Responsable alta

Fuente: ONG Springwell https://springwell.com/

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Eventos importantes (patologías cardiacas agudas -infarto, angina- crisis, caídas, cirugía, urgencias / rehabilitación, etc.)

Fecha	Evento	Doctor	Hospital / Centro	Ingreso	Causa	Alta	Notas

Fuente: ONG Springwell https://springwell.com/

Cuaderno del Cuidador

Sanitas
Parte de Bupa

Nombre: 　　　　Fecha de nacimiento:

Pruebas importantes (análisis de sangre, Tomografía, Radiografía, Resonancia magnética, etc.)

Fecha	Descripción	Solicitado por	Teléfono	Resultados pruebas	Historia clínica

Fuente: ONG Springwell https://springwell.com/