



*Registro de Salud  
para Cuidadores*



# *Queremos ayudarte a cuidar*

Lleva esta guía contigo a todas las citas médicas y asegúrate de anotar en ella todo lo que los proveedores de servicios de salud, indiquen.

- Anota todos los servicios médicos que recibe.
- Lleva récord de sus medicamentos recetados.
- Úsalo como recordatorio de las pruebas preventivas, y sus resultados.

¡Mantén este registro al día!

# Información personal de quien cuidas

---

Nombre

---

Número de afiliado

---

Fecha de nacimiento

---

Teléfono

---

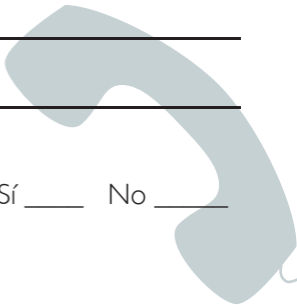
Nombre de la cubierta

---

Otro plan médico

---

Cubierta de medicamentos: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



# *Sus proveedores de servicios de salud*

Nombre y especialidad

---

Teléfono 

---

---

Nombre y especialidad

---

Teléfono 

---

---

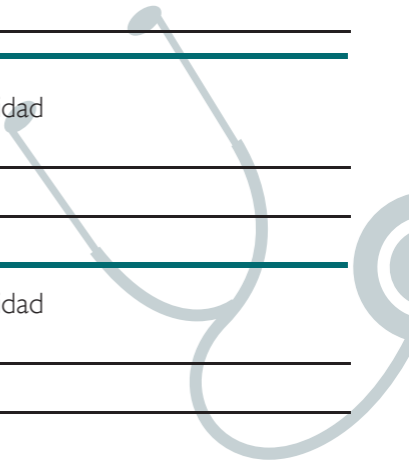
Nombre y especialidad

---

Teléfono 

---

---



Nombre y especialidad

---

Teléfono

---

---

Nombre y especialidad

---

Teléfono

---

---

Nombre y especialidad

---

Teléfono

---

---

Nombre y especialidad

---

Teléfono

---



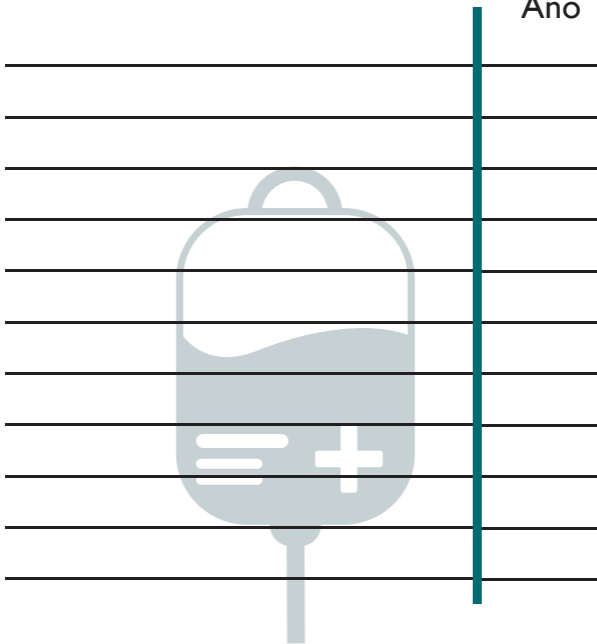
# Historial médico

Fecha/diagnóstico

<input type="checkbox"/> Artritis	
<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> Obstrucción pulmonar crónica (COPD)	
<input type="checkbox"/> Cáncer (indicar qué tipo)	
<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Tipo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
<input type="checkbox"/> Depresión	
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	
<input type="checkbox"/> Alta presión arterial	
<input type="checkbox"/> Apoplejía	
<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria	
<input type="checkbox"/> Caídas frecuentes	
<input type="checkbox"/> Otros	

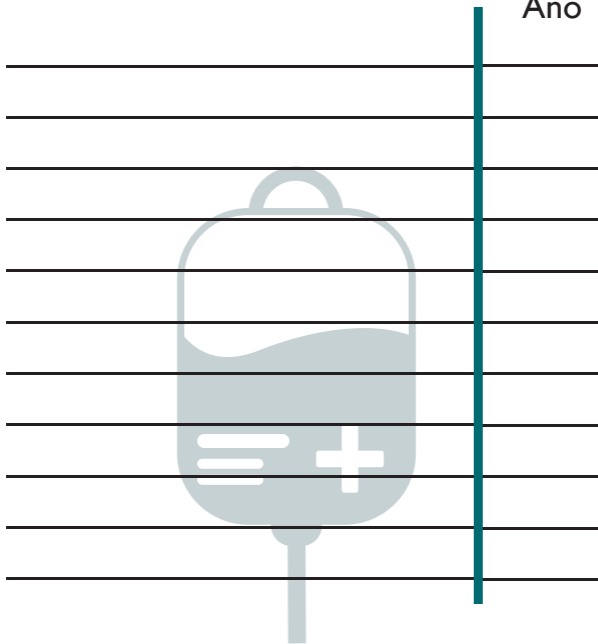
# Cirugías y procedimientos

Año



# Cirugías y procedimientos

Año





# *Registro de visitas a proveedores de salud*

Fecha	Médico	Razón de visita

Fecha

Médico

Razón de visita

Fecha	Médico	Razón de visita

Fecha


Médico

Razón de visita

Fecha	Médico	Razón de visita

# Pruebas preventivas

Prueba	Fecha
Nivel de azúcar	
Colesterol y panel de lípidos	
Presión arterial	
Mamografía	
Cernimiento de cáncer de colon (sangre oculta, colonoscopia, sigmoidoscopia)	
Espirometría	
Densitometría ósea	



**Prueba**

**Fecha**

Índice de masa corporal

Revisión de medicamentos

Cernimiento de dolor

Estado funcional (ADL)

Cuidado de la boca

Cuidado del oído

Examen físico

Examen oftalmológico

# Pruebas preventivas

Prueba	Fecha
Vacunas:	
Influenza	
Neumococo	
Antitetánica y antidifteria	
Artritis reumatoide	
Incontinencia urinaria	
Cernimiento de cáncer de próstata	
Examen pélvico	
Hemoglobina glicosilada	

# Pruebas preventivas

Prueba	Fecha
Condiciones cardíacas	
Detección de depresión	
Salud mental	
Detección de consumo de alcohol/tabaco	

# *Medicamentos y alergias*

Medicamento

Reacción

Medicamento	Reacción







*Cuidador*, si necesitas más información, tenemos una línea directa exclusivamente para atenderte y ayudarte en tu labor de cuidar.

*¡Llámanos en confianza!*

### **Línea Directa de Servicios al Afiliado**

**1-855-622-5606** (libre de cargos)

**787-522-5606** (Área Metro)

**1-866-333-5469 TTY** (audioimpedidos)

### **Haciendo Contacto**

Línea de consultoría de salud disponible para preguntas de salud las 24 horas, los 7 días de la semana.

**1-866-677-7779** (libre de cargos)

**1-866-690-7771 TTY** (audioimpedidos)

### **E-mail**

**cuidadores@mmmhc.com**



MMM-PRD-QRG-1012-112015-S