



## Office of Developmental Primary Care

Mejorando la salud de personas con discapacidades del desarrollo

# Cómo Prepararme para Mi Cita

Nombre:

Fecha de nacimiento: Teléfono:

### VISITA

Mi visita es con:

Fecha y hora de la visita:

Dirección:

Teléfono:

¿Cómo voy a llegar ahí? ¿Qué ayuda necesito?

### QUÉ LLEVAR

1. Medicamentos: Traer todas las medicinas que estoy tomando, incluyendo vitaminas
2. Tarjetas del seguro de salud
3. Mi cuaderno de apuntes sobre salud con registros o formularios de seguimiento
4. Copias de notas, reportes, resultados, o pruebas de laboratorio que ordenaron otros doctores
5. Un calendario para hacer mi(s) próxima(s) cita(s)
6. Otro:

### RAZÓN DE LA VISITA

¿De qué quiero hablar hoy día?

¿Qué ha pasado desde mi última visita?

He estado bien

Estuve enfermo(a)

Empecé un nuevo tratamiento

Detuve mi anterior tratamiento

He visto otro doctor o enfermera

Me han hecho análisis

He estado en Emergencia o en el hospital

Han cambiado mis cuidadores o servicios

Otro:

¿Qué necesito que me expliquen?

GETTING READY FOR MY VISIT

## PREGUNTAS

**Tengo preguntas sobre:**

- |   |   |   |                                      |
|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comida sana      | <input type="checkbox"/> Dolor            | <input type="checkbox"/> Hacer ejercicios | <input type="checkbox"/> Mis dientes |
| <input type="checkbox"/> Mis medicamentos | <input type="checkbox"/> Mis sentimientos | <input type="checkbox"/> Salud sexual     | <input type="checkbox"/> Otro:       |

**Mis preguntas son:**

¿Necesito que me den resurtido de medicinas o llenar documentos?  Si  No

**¿A QUIÉN SE LE DEBE INFORMAR SOBRE LOS RESULTADOS DE ESTA VISITA?**

<b>Nombre:</b>	<b>Tel:</b>	<b>Email:</b>
----------------	-------------	---------------

<b>Nombre:</b>	<b>Tel:</b>	<b>Email:</b>
----------------	-------------	---------------