

## Plantilla de la Herramienta portátil de perfil de salud

Plantilla de la Herramienta portátil de perfil de salud (PHPT) de Kennedy Krieger Institute:

- Ayuda a garantizar que un paciente tenga su información de atención médica con él cuando visite a un médico o busque servicios médicos de emergencia
- Faculta a los pacientes para que sean responsables de su propia atención
- Incluye cuadros de texto para escribir a información de contacto básica de salud y emergencia
- Incluye cuadros de texto para información que es confidencial y que puede ser privilegiada o estar exenta de divulgación en virtud de la ley aplicable

### 1. Información personal:

<u>Nombre</u>			<u>Fecha</u>
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Estado</u>	<u>Código postal</u>
<u>Teléfono del hogar</u>	<u>Teléfono móvil</u>	<u>Teléfono del trabajo</u>	
<u>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)</u>		<u>Tipo de sangre</u>	
<u>Raza</u>	<u>Origen étnico</u>	<u>Idioma preferido</u>	
<u>Sexo</u>	<u>Identidad de género</u>		

### 2. Contacto(s) de emergencia:

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>		
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>	
<u>Teléfono del hogar</u>	<u>Teléfono móvil</u>		

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>		
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>	
<u>Teléfono del hogar</u>	<u>Teléfono móvil</u>		

**3. Afecciones médicas/diagnósticos conocidos (*marque todas las opciones que correspondan*):**

Afección médica/diagnóstico			
<input type="checkbox"/>	Trastornos del espectro autista	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar
<input type="checkbox"/>	Trastornos de la conducta	<input type="checkbox"/>	Prematuridad/retraso del desarrollo
<input type="checkbox"/>	Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/epilepsia
<input type="checkbox"/>	Tipo de cáncer: _____	<input type="checkbox"/>	Lesión de la médula espinal
<input type="checkbox"/>	Deterioro de la audición	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular/Ataque isquémico transitorio (AIT)
<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	Lesión cerebral traumática
<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	Deterioro visual
<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	Afecciones de salud mental (p. ej., depresión, ansiedad, trastorno bipolar, tendencias suicidas, etc.)
<input type="checkbox"/>	Otro ( <i>describalo</i> ):		

**4. Cirugías y hospitalizaciones:**

<u>Tipo de cirugía/motivo de la hospitalización</u>	<u>Fecha</u> (mm/dd/aaaa)

**5. Medicamentos:**

<u>Medicamento</u>	<u>Dosificación</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Fecha de inicio</u> (dd/mm/aaaa)	<u>Fecha de finalización</u> (dd/mm/aaaa)	<u>Nombre y número de teléfono del médico que receta</u>

<u>Vitaminas/Suplementos de venta libre</u>	<u>Dosificación</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Fecha de inicio</u> (dd/mm/aaaa)	<u>Fecha de finalización</u> (dd/mm/aaaa)	<u>Médico que recomienda</u> (si corresponde)

6. Dispositivos (p. ej., prótesis, CPAP, BiPAP, marcapasos, silla de ruedas, bombas de insulina, audífonos, equipo médico duradero, etc.):

<u>Dispositivo</u>	<u>Proveedor/vendedor</u>	<u>Número de contacto del proveedor/vendedor</u>	<u>Fecha de obtención/ Fecha del último servicio</u>

7. Alergias conocidas (p. ej., a medicamentos, alimentos o factores ambientales):


8. Antecedentes médicos familiares:

<u>Afección médica/diagnóstico</u>	<u>Relación con el paciente</u>


**9. Necesidades especiales:**

<b><u>Movilidad</u></b>	
<b><u>Sensorial</u></b>	
<b><u>Comunicación</u></b>	
<b><u>Desarrollo</u></b>	
<b><u>Ir al baño</u></b>	
<b><u>Alimentación/Nutrición</u></b>	
<b><u>Otros</u></b>	

**10. Vacunas:**

Recurso: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/child/0-18yrs-child-combined-schedule.pdf>

<b><u>Nombre</u></b>	<b><u>Fecha(s) de administración</u></b>
Influenza (gripe)	
Neumonía	
Difteria, tétanos y tos ferina (Dtap/Tdap)	
Varicela	
Virus del papiloma humano (VPH)	
Series de hepatitis B	
Series de sarampión, paperas y rubéola (MMR)	
COVID-19	
Otros	
Otros	
Otros	

**11. Médicos preferidos:**

<b><u>Proveedor de atención primaria</u></b>	<b><u>Número de teléfono</u></b>	
<b><u>Dirección</u></b>	<b><u>Ciudad, Estado</u></b>	<b><u>Código postal</u></b>

<u>Dentista</u>	<u>Número de teléfono</u>	
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>

<u>Especialista 1</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Número de teléfono</u>
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>

<u>Especialista 2</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Número de teléfono</u>
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>

<u>Especialista 3</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Número de teléfono</u>
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>

**12. Proveedores de la comunidad:**

<u>Gerente de atención</u>	<u>Número de teléfono</u>	
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>

<u>Agencia coordinadora de servicios</u>	<u>Número de teléfono</u>	
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>

<u>Agencia de asistencia médica a domicilio</u>	<u>Número de teléfono</u>	
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>

<u>Agencia de enfermería</u>		<u>Número de teléfono</u>
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>

**13. Hospitales preferidos:**

<u>Nombre</u>		<u>Número de teléfono</u>
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>

<u>Nombre</u>		<u>Número de teléfono</u>
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>

**14. Farmacia preferida:**

<u>Nombre</u>		<u>Número de teléfono</u>
<u>Dirección</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>

**15. Información del seguro:**

Tipo de proveedor de seguro médico       Privado       Medicare       Medicaid       Otros  
primario:

<u>Nombre</u>		<u>Número de teléfono</u>
<u>Número de identificación</u>		
<u>Nombre del grupo</u>		<u>Número de grupo</u>
<u>Nombre del suscriptor</u>		
<u>Número de suscriptor/Número de identificación</u>		
<u>Dirección del suscriptor</u>	<u>Ciudad, Estado</u>	<u>Código postal</u>

**Tipo de proveedor de seguro médico secundario:**

Privado     Medicare     Medicaid     Otros

<b><u>Nombre</u></b>		<b><u>Número de teléfono</u></b>
<b><u>Número de identificación</u></b>		
<b><u>Nombre del grupo</u></b>		<b><u>Número de grupo</u></b>
<b><u>Nombre del suscriptor</u></b>		
<b><u>Número de suscriptor/Número de identificación</u></b>		
<b><u>Dirección del suscriptor</u></b>	<b><u>Ciudad, Estado</u></b>	<b><u>Código postal</u></b>

**16. Testamento en vida/órdenes médicas para información sobre el tratamiento de soporte vital (MOLST) (es decir, directivas anticipadas, para personas de 18 años de edad o más):**

**¿Ha firmado un testamento vital o una directiva anticipada?**     Sí     No

**Si la respuesta es sí, ¿cuál es la ubicación de su testamento vital o directiva anticipada?**

**17. Poder notarial:**

<b><u>Nombre</u></b>		<b><u>Relación</u></b>	
<b><u>Dirección</u></b>		<b><u>Ciudad, Estado</u></b>	<b><u>Código postal</u></b>
<b><u>Teléfono del hogar</u></b>	<b><u>Teléfono del trabajo</u></b>	<b><u>Teléfono móvil</u></b>	