

Antecedentes médicos

- Artritis
 - Ritmo cardíaco anómalo
 - Adicciones:

 - Cáncer:

 - COVID-19
 - Salud mental:

 - Demencia, enfermedad de Alzheimer
 - Otras condiciones médicas, notas:

- Diabetes
 - Enfermedad cardíaca
 - Insuficiencia cardíaca
 - Hipertensión
 - Enfermedad renal
 - Enfermedad pulmonar:

 - Accidente cerebrovascular
 - Uso de tabaco
 - Problemas de cicatrización

Fecha	Antecedentes quirúrgicos / Hospitalizaciones / Exámenes de detección



Mi expediente médico para uso personal

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grupo sanguíneo: _____

Información del cuidador

Nombre: _____

Su relación conmigo: _____

Números de teléfono: _____

Instrucciones por anticipado o testamento en vida: Sí No
Si los tiene, ¿dónde se encuentran? _____

Poder legal permanente para atención médica: Sí No

Nombre: _____

Números de teléfono: _____

Proveedores de atención médica

TIPO	NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
Médico de atención primaria (PCP)		
Especialista		
Especialista		
Especialista		

RECUERDE: Lleve este formulario y sus medicamentos (incluidos los envases) a las visitas con su médico. Visite su(s) portal(es) para el paciente si desea ver información sobre su atención médica y comunicarse con su(s) proveedor(es).

