

**Rastreador de medicamentos:** Hacer un seguimiento de sus medicamentos contribuye a mantenerse saludable.  
 Utilice esta página para rastrear todos sus medicamentos, incluidos los medicamentos de venta libre o suplementos.

Nombre del medicamento	¿Para qué sirve?	Doctor	Dosis	Cuándo tomarla	Con qué frecuencia	Notas o inquietudes sobre medicamentos



# Planificación de mi futuro

*¿Qué deben saber sus seres queridos?*  
 Lista de preguntas y guía

Esta guía fue preparada por: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fecha en la que se preparó esta guía: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



*Este documento está destinado a serle de ayuda para responder preguntas que usted o su familia puedan necesitar contestar en caso de un evento inesperado en la vida. También es una buena información como ayuda para planificar el cuidado posterior a una cirugía. Siéntase libre de agregar más notas e información.*

### Contactos de emergencia

Nombre de contacto \_\_\_\_\_  
Vínculo \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre de contacto \_\_\_\_\_  
Vínculo \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre de contacto \_\_\_\_\_  
Vínculo \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_

### Seguro

Compañía de seguro de salud \_\_\_\_\_  
Número de póliza \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Compañía de seguro dental \_\_\_\_\_  
Número de póliza \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Número de Medicare/Medicaid \_\_\_\_\_  
Compañía de seguro de vida \_\_\_\_\_  
Número de póliza \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_

### Tengo una póliza de cuidado a largo plazo con

Compañía \_\_\_\_\_  
Número de póliza \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Ubicación \_\_\_\_\_  
Términos (por ejemplo, \$ por día, duración de la póliza) \_\_\_\_\_

### Información de veteranos

Número de identificación militar / Número DoD \_\_\_\_\_  
Beneficios de asuntos de veteranos \_\_\_\_\_  
Centro / Hospital de asuntos de veteranos \_\_\_\_\_  
Ubicación de los registros médicos \_\_\_\_\_

**Mi tipo de sangre:** \_\_\_\_\_

### Información sobre farmacias

Farmacia #1 (local) \_\_\_\_\_  
Farmacia #2 (por correo) \_\_\_\_\_

### Proveedor de atención primaria

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_  
Clínica/Hospital \_\_\_\_\_  
Información de contacto \_\_\_\_\_

### Información legal

Mi abogado \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Mi apoderado \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_

Si tengo un testamento/fideicomiso, se puede encontrar en \_\_\_\_\_

Mi directiva de atención médica avanzada/testamento vital se encuentra en \_\_\_\_\_

Si tengo una directiva de no resucitar (DNR), se puede encontrar en \_\_\_\_\_

Mi apoderado para decisiones médicas \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_

Si tengo una directiva de no resucitar (DNR), se puede encontrar en \_\_\_\_\_

### Mi información financiera

Nombre y ubicación del banco \_\_\_\_\_  
Nombre y ubicación de la cooperativa de crédito \_\_\_\_\_  
Cuentas de CD / 401K y ubicaciones \_\_\_\_\_

### Mi contacto financiero de confianza (por ejemplo, familiar, corredor, abogado, etc.)

Nombre de la persona \_\_\_\_\_  
Información de contacto \_\_\_\_\_

**Si tengo un pago de un empleador anterior**

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Valor del pago \_\_\_\_\_

**Si necesito rehabilitación subaguda en un centro de enfermería especializada, me gustaría ir a:**

Nombre del lugar \_\_\_\_\_

Información de contacto \_\_\_\_\_

**Si necesito ayuda en mi hogar, me gustaría que fuera:**

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Información de contacto \_\_\_\_\_

**Si necesito ayuda de bajo costo en mi hogar, me gustaría que se contactara a este grupo:**

*(por ejemplo, una iglesia, Grange, Lions Club u organización similar)*

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Información de contacto \_\_\_\_\_

**Si necesito ayuda en mi hogar, me gustaría que se contactara a este grupo**

*(por ejemplo, una empresa de asistencia médica a domicilio)*

Nombre de la organización \_\_\_\_\_

Información de contacto \_\_\_\_\_

**Personas que podrían ayudar con:**

Recoger mi correo: \_\_\_\_\_

Recoger diarios \_\_\_\_\_

Llevar el control de las facturas por pagar \_\_\_\_\_

Conducir para mí: \_\_\_\_\_

**Los estados individuales o los gobiernos locales tienen recursos que pueden ayudar a las personas mayores de 65 años en su área. He elegido la siguiente Agencia de Área para el Envejecimiento si necesito ayuda con atención médica de bajo costo en mi hogar:**

Nombre del grupo \_\_\_\_\_

Información de contacto \_\_\_\_\_

**Después de la cirugía, ¿estoy dispuesto/a a que me pongan un respirador artificial para que respire por mí?**

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si es así, ¿cuánto tiempo estoy dispuesto/a a permanecer con el respirador artificial? \_\_\_\_\_

**Después de la cirugía, ¿estoy dispuesto/a a recibir RCP u otras medidas de salvamento?**

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**Después de la cirugía, ¿estoy dispuesto/a a que se me coloque una sonda de alimentación?**

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si es así, ¿cuánto tiempo estoy dispuesto/a a permanecer con la sonda? \_\_\_\_\_

**Si durante la cirugía hubiera complicaciones que pusieran mi vida en peligro, preferiría:**

- Que se hagan esfuerzos para prolongar la vida.
- Solo cuidados paliativos.

**Si necesito ayuda en casa con problemas médicos después de la cirugía, prefiero:**

- Que me ayude un familiar
- Que me ayude una organización/empresa externa
- Otro: \_\_\_\_\_

**Amigo o familiar que podría ayudar en el hogar:**

Nombre de la persona \_\_\_\_\_

Información de contacto \_\_\_\_\_

**A veces se necesita un cuidador, ama de casa o asistente de salud en el hogar para ayudar con las actividades diarias.**

Si necesito ayuda en mi hogar, me gustaría que fuera:

Nombre de la persona/Organización \_\_\_\_\_

Información de contacto \_\_\_\_\_

**Si necesito fisioterapia o rehabilitación, me gustaría que fuera:**

Nombre de la persona/Organización \_\_\_\_\_

Información de contacto \_\_\_\_\_

**¿Qué puedo hacer para que mi hogar sea más seguro?** *(por favor, marque)*

- Sujetar los extremos de las alfombras al suelo para mantenerlos planos
- Retirar todas las alfombras pequeñas
- Intentar mover los artículos que se usan a menudo a lugares convenientes
- Eliminar, o estirar las alfombras con pliegues y burbujas
- Revisar cualquier área donde pueda golpearse un dedo del pie
- Instalar pasamanos en los baños; colocar tiras antideslizantes o una alfombra de goma en la bañera
- Identificar los umbrales entre las habitaciones que estén elevados
- Asegurarse de que haya suficiente iluminación en todos los pasillos, baños u otras áreas oscuras

**Si hay preocupaciones sobre mi capacidad para conducir:** *(por favor, marque)*

- Se puede consultar a mis médicos acerca de mi capacidad para conducir.
- Me gustaría que un ser querido o amigo más joven condujera conmigo una vez al mes para evaluar mi capacidad de conducir.
- Me gustaría que me evaluara un grupo especializado en la capacidad de conducir de personas mayores.
- Me gustaría reducir la necesidad de conducir mediante opciones como la entrega a domicilio.

**Si empiezo a tener problemas para recordar mis medicamentos o realizar mis tareas diarias, aquí hay algunas posibilidades para ayudar:** *(por favor, marque)*

- Escribir notas y etiquetar los artículos que se usan regularmente.
- Organizarme para seguir la misma rutina todos los días.
- Pedir a la farmacia que empaquete mis medicamentos
- Considerar la posibilidad de que alguien venga una vez a la semana o más, según sea necesario, para ayudar con la organización de las cajas de pastillas y asegurar que se tomen los medicamentos.

**Considere obtener una pulsera de alerta médica o identificación con su nombre y un número de teléfono de emergencia. NO ponga su propio número de teléfono en ella. Podría ser mejor poner el número de alguien local que pueda pasar por usted si es necesario.** *(por favor, marque)*

- Si me fuera útil, me gustaría obtener una pulsera de alerta médica en el futuro.

**Mi objetivo:** *(por favor, marque)*

- Estoy dispuesto/a a aceptar la ayuda de alguien en mi hogar si eso significa que puedo permanecer allí más tiempo.
- Me gustaría irme a vivir con: \_\_\_\_\_
- Mi objetivo es permanecer en mi hogar mientras sea seguro hacerlo.
- Estoy dispuesto/a a mudarme a una comunidad para personas mayores.

**Me gustaría hablar sobre mis planes futuros de atención médica con:**

Nombre de la persona \_\_\_\_\_

Información de contacto \_\_\_\_\_

**Mi plan para después de mi muerte es** *(por favor, marque)*

- Entierro
- Cremación
- Otro: \_\_\_\_\_

**En caso de entierro, he hecho arreglos con**

Nombre del cementerio/lugar de entierro \_\_\_\_\_

Información de contacto \_\_\_\_\_

**He hecho arreglos funerarios con**

Nombre de la persona \_\_\_\_\_

Información de contacto \_\_\_\_\_

**Esta persona conoce mis planes para después de mi muerte**

Nombre de la persona \_\_\_\_\_

Información de contacto \_\_\_\_\_

**Información religiosa**

Mi institución religiosa \_\_\_\_\_

Información de contacto \_\_\_\_\_

¿Desea que sean contactados?      Sí \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

¿Últimos sacramentos?      Sí \_\_\_\_\_      No \_\_\_\_\_

**Notas adicionales que alguien debiera saber:**

---

---

---

---

---

---

---

---