



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:

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