



TODO SOBRE MI	
Mi nombre completo es	Por favor, llámame
Mi fecha de nacimiento es	Formulario completado el
Mi carrera	Mi idioma principal es
Mi sexo al nacer	Género con el que me identifico ahora

Haga click para añadir mi foto

COMO ME COMUNICO			
Para comunicarme, utilizo			
Claridad del habla			
Comprensión			
Toma de decisiones			
Mis signos de dolor	<input type="checkbox"/> Comportamiento de autolesión <input type="checkbox"/> Llanto <input type="checkbox"/> Hacer muecas	<input type="checkbox"/> Acobardarse <input type="checkbox"/> Gritos <input type="checkbox"/> Posición fetal	Otro
Mis señales de miedo	<input type="checkbox"/> Agitación física <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/> Todavía	<input type="checkbox"/> Llanto <input type="checkbox"/> Hacer muecas <input type="checkbox"/> Respiración rápida	Otro
Mis desencadenantes de ansiedad	<input type="checkbox"/> Ruidos fuertes <input type="checkbox"/> Multitudes <input type="checkbox"/> Agujas <input type="checkbox"/> Separación de la persona favorecida	<input type="checkbox"/> Tacto <input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Procedimientos	Otro
Mis técnicas para calmantes	<input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Explicar el servicio <input type="checkbox"/> Persona favorecida	<input type="checkbox"/> Toque ligero <input type="checkbox"/> Masaje <input type="checkbox"/> Habla suave	Otro

TODO SOBRE MI	
Cómo reacciono al conocer gente nueva	
Qué es importante/no negociable para mí	
Lo que me hace sentir cómodo	Lo que me incomoda
Lo que la gente aprecia de mí	
Cómo apoyarme mejor	
Vivo	

MI BREVE HISTORIAL MÉDICA

Mis riesgos

- | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Implantes | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Caídas | <input type="checkbox"/> Sonda de alimentación | <input type="checkbox"/> Aspiración |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Lesión por presión | <input type="checkbox"/> ENV | <input type="checkbox"/> Derivaciones | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones | <input type="checkbox"/> NPO (<i>Nada por vía oral</i>) | | <input type="checkbox"/> No puede soportar peso | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |

Estoy orientado

- a persona (*conoce su nombre*)
- al Lugar (*sabe dónde están*)
- a la hora (*sabe el día/hora actual*)

Mi visión

Mi audiencia

Si tengo una DNR, está archivada en

Mi consumo de oxígeno

Mis alergias/restricciones dietéticas

Adjunto mi formulario de administración médica actual con diagnóstico y alergias.

¿Se ha firmado una declaración de salud mental? Sí No

Marque todo lo que corresponda

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual | <input type="checkbox"/> Demencia/deterioro cognitivo |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fumador | <input type="checkbox"/> Sin hogar |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Embarazada | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> 65 años o más |
| <input type="checkbox"/> Corticosteroides | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> EPOC |
| <input type="checkbox"/> Inmunodeprimido | <input type="checkbox"/> Otro trastorno cognitivo/grave de la comunicación | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> De cuidados de larga duración | <input type="checkbox"/> Obesidad grave (>40 IMC) | <input type="checkbox"/> Asma |

Mis principales intervenciones quirúrgicas y otros problemas de salud.

Historial detallado de afección intestinal, deshidratación, sepsis, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) o infección del tracto urinario (ITU), si procede.

Como uso el baño

- Incontinente intestinal
- Incontinente urinaria
- Urinario
- Inodoro
- Pañales
- Necesita ayuda para ir al baño
- Inodoro elevado
- Otro

Cuidado personal y movilidad

- Manos
- Vestirse
- Bañarse
- Cuidado bucal
- Cuidado peri
- Cuidado del cabello
- Beber
- Pasar de sentado a de pie
- Traslados a la cama
- Camina tres metros

Mi dieta y nutrición

- | | | | | |
|--|---|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Suave | <input type="checkbox"/> Puré | <input type="checkbox"/> Troceado | <input type="checkbox"/> Mecánico |
| <input type="checkbox"/> Sonda de alimentación | <input type="checkbox"/> Líquidos espesados | <input type="checkbox"/> Antecedentes de aspiración | <input type="checkbox"/> NPO (<i>Nada por vía oral</i>) | |

Mis comidas/bebidas favoritas

Como ayudarme a comer

Mi estado bucodental

- Dientes propios
- Dentaduras postizas
- Sin dientes
- Falta de dientes

Cómo reposicionarme (*y puntuación en la escala BRADEN, si se conoce*)

Cualquier otra información sobre mi

INFORMACIÓN SOBRE MI EQUIPO

Mi representante legal		Teléfono	Correo electrónico
Mi administrador de casos (QIDP)		Teléfono	Correo electrónico
Un miembro de la familia	Relación	Teléfono	Correo electrónico
Un miembro de la familia	Relación	Teléfono	Correo electrónico
Mi médico de cabecera		Teléfono	Correo electrónico
Organización(es) que me apoya(n)		Teléfono	Correo electrónico
El equipo de asistencia ha asignado a la siguiente persona para que sea mi contacto principal para información médica:			

Elaborado conmigo y para mí por mi Equipo de Interdisciplinario de Apoyo.

Este documento no puede usarse, modificarse ni reproducirse sin el permiso por escrito de la Asociación Ray Graham.