



Notas para mi familia

*La organización de nuestros
últimos años*

Tercer módulo: Información médica

Hospice Giving Foundation :: 80 Garden Court, Suite 201 :: Monterey CA 93940 :: hospicegiving.org



En este módulo, *Información médica*, se le pedirá que documente información importante sobre su salud y su historia clínica, que incluye enfermedades previas, cirugías, medicamentos y alergias. Cuanto más detallado y específico pueda ser, más útil resultará el módulo. Esto también incluye la especificación de enfermedades que han estado presentes en su familia inmediata y extendida.

Una de las conversaciones más importantes que usted debería mantener con su médico se centra en el tipo de cuidado que desea, las medidas que no desea, y la manera en la que usted desea ser tratado en el supuesto de una enfermedad grave. Su médico es quien estará a su lado para ocuparse de usted y gestionar su enfermedad pero usted debe informarle sus preferencias. Este módulo de *Notas para mi familia* puede guiarlo a usted, y/o a la persona que designe para tomar las decisiones respecto del cuidado de su salud, para ser su mejor defensor.

En esta sección encontrará dos formularios: la directiva anticipada de cuidado y el formulario POLST (Orden Médica de Tratamiento para Mantener la Vida, por sus siglas en inglés). Estos son documentos clave que deberán ser completados junto con su médico y los miembros de su familia. Su hospital local puede conservar una copia de su POLST dentro de su historial médico. Los profesionales de la salud recomiendan mantener una copia del formulario POLST en su automóvil o bien exhibirlo en un lugar visible para el caso en el que surja una emergencia. Todos los contactos de emergencia deben también tener una copia del formulario POLST. Estos documentos deberán revisarse anualmente y actualizarse si fuera necesario.



Consejo útil

Revise sus registros médicos anteriores y reúnase con su médico para asegurarse que toda la información de esta sección está completa.

Lista de documentos del módulo Información médica

- Poder notarial duradero para el cuidado de la salud
- Formulario POLST (Orden Médica de Tratamiento para Mantener la Vida)
- Lista de medicamentos bajo receta y medicamentos de venta libre que tome actualmente
- Información de contacto actualizada de su médico y sus profesionales de la salud
- Registros médicos importantes

Notas:

Incluya la información de contacto de

Su médico de cabecera y/o especialista(s):

Nombre:
Especialidad:
Teléfono:
Domicilio:
Correo electrónico:

Nombre:
Especialidad:
Teléfono:
Domicilio:
Correo electrónico:

Nombre:
Especialidad:
Teléfono:
Domicilio:
Correo electrónico:

Nombre:
Especialidad:
Teléfono:
Domicilio:
Correo electrónico:

Su hospital local:

Nombre:
Teléfono:
Domicilio:
Correo electrónico:

Su farmacia de preferencia:

Nombre:
Teléfono:
Domicilio:
Correo electrónico:

Su fisioterapeuta local:

Nombre:
Teléfono:
Domicilio:
Correo electrónico:

Su agencia de cuidadores de la salud:

Nombre:
Contacto:
Teléfono:
Domicilio:
Correo electrónico:

¿Sufre alguna alergia que implique un riesgo de vida? Procure enumerar todos los medicamentos que toma para las alergias. Sea específico sobre las reacciones, complicaciones y tratamiento actual.

Conservar una lista actualizada y precisa de sus medicamentos es vital para el cuidado de su salud. Dado que los medicamentos pueden cambiar de forma frecuente, le recomendamos que prepare una lista y que la conserve junto con su POLST y en su botiquín de medicamentos. Es muy importante actualizar su lista cada vez que cambien sus medicamentos o las dosis. Asegúrese de incluir la fecha cada vez que actualice su lista. Cualquier persona que la revise así sabrá que está actualizada.

Sí, he preparado una lista de medicamentos. Se encuentra:

Junto con mi POLST

En mi botiquín de medicamentos

En la guantera de mi auto

La llevo conmigo cuando viajo

Otro:

¿Tiene alguna enfermedad hereditaria o genética que los miembros de su familia deban conocer? Explique:

¿Tiene alguna enfermedad, tratamiento médico u operación que los miembros de su familia deban conocer? Explique e incluya detalles como la fecha de la operación, los tratamientos actuales o los lugares en los que se llevan adelante esos tratamientos:

El aspecto más valioso de las directivas anticipadas es que le permiten designar formalmente a la persona que tomará las decisiones respecto de los asuntos médicos en el caso de que usted no pueda hablar por sus propios medios. En la página 17 del **segundo módulo, Bienes, finanzas y cuestiones legales**, usted debe registrar el contenido de tres documentos específicos. A continuación, le recordamos cuáles son.

Las directivas de cuidado se utilizan si su doctor determina que usted no cuenta con la habilidad, generalmente llamada “capacidad”, de tomar decisiones sobre su propio cuidado. Dicho de otro modo, carecer de esta capacidad significa generalmente que usted está tan enfermo o lesionado que no puede expresar de ninguna forma sus deseos para su propio cuidado.

El formulario POLST le permite especificar, si usted no pudiera hablar por sus propios medios, los tratamientos que desearía recibir, tales como RCP o un tubo de alimentación. Su médico, o cualquier médico con el que converse sobre POLST, **deberá firmarlo** para que pueda convertirse en un documento legal.

Un poder notarial duradero para el cuidado de la salud es el documento en el cual usted nombra una persona en la que usted confía para que sea su representante para el cuidado de la salud, tome cualquier decisión médica necesaria en su nombre y controle que los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud le provean el tipo de cuidado que usted desea recibir.

El documento “Cinco deseos” es un testamento en vida que se utiliza con frecuencia ya que está redactado en un lenguaje cotidiano y ayuda a las personas a expresar sus deseos sobre las áreas que más le interesan: la personal y la espiritual además de la médica y la legal.

A continuación encontrará una lista que lo ayudará a utilizar estos documentos de manera apropiada:

Lo he conversado con mi médico y está firmado correctamente.

Los miembros de mi familia comprenden mis deseos y hemos conversado tanto sobre los tratamientos e intervenciones que deseo que se realicen como aquellos que no.

En el caso de una emergencia, el documento está ubicado en un lugar de fácil acceso.

Las siguientes personas cuentan con una copia del documento:

Los miembros de mi familia; especifique:

Mi médico de cabecera; especifique:

Mi hospital local; especifique:

Mi agente para decisiones relacionadas con temas de salud; especifique:

Notas:

Opciones de vida asistida

Preferiría quedarme en mi casa.

Si no fuera posible, elegiría:

vivir con un miembro de mi familia o

mudarme a una residencia de vida asistida.



Es una buena idea conversar sobre las opciones de vida asistida (y los costos relacionados) con su familia y amigos antes de que llegue el momento de implementar estos cambios.

He hablado con mi familia sobre esto:

SÍ NO

La persona con la que conversé sobre este tema es:

Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Cuidador o agencia que proveerá el cuidado en el hogar:

Tal como se menciona en la página 3.

Contacto:

Nombre de la agencia:

Teléfono:

Domicilio:

Correo electrónico:

He contactado a esta persona o agencia acerca de cuestiones organizativas

SÍ NO

Lugar de preferencia como opción de vida asistida:

Contacto:

Nombre de la agencia:

Teléfono:

Domicilio:

Correo electrónico:

He contactado a este lugar acerca de cuestiones organizativas

SÍ NO

Notas:

Cuidado de hospicio

El cuidado de hospicio está considerado como el modelo de cuidado compasivo de calidad para personas que padecen enfermedades que limitan su vida. El hospicio le ofrece al paciente un enfoque en equipo para el cuidado médico y el tratamiento del dolor así como un apoyo emocional y espiritual expresamente diseñado según las necesidades y los deseos del paciente. También se le brinda apoyo a los seres queridos del paciente.

El hospicio se enfoca en el cuidado, no la cura. En la mayoría de los casos, el cuidado se ofrece en el lugar que el paciente considere como más apropiado y cómodo: su propio hogar, el de un pariente o amigo, un centro de jubilados o un centro de asistencia prolongada. Los servicios de hospicio están disponibles para pacientes que padezcan cualquier enfermedad terminal y tengan una expectativa de vida de hasta seis meses. El hospicio está cubierto por el seguro y Medicare. Siempre se aconseja revisar la póliza de seguro para determinar los beneficios de los que podrá gozar.

Proveedor de cuidado de hospicio:

Contacto:

Nombre del proveedor:

Teléfono:

Domicilio:

Correo electrónico:

Notas:

He contactado a esa
agencia como mi
proveedor
de cuidado de
hospicio elegido.

 SÍ NO

El cuidado paliativo es diferente del cuidado de hospicio ya que está disponible para los pacientes en cualquier momento durante una enfermedad de gravedad. Los pacientes reciben cuidado paliativo al mismo tiempo que reciben tratamientos que apuntan a curar su enfermedad. El cuidado paliativo es similar al de hospicio ya que también involucra a un equipo especializado que provee apoyo médico, emocional y espiritual al paciente y su familia. Su disponibilidad no depende de que su condición pueda tener cura.

El objetivo es que los pacientes logren un mayor nivel de comodidad y puedan mejorar su calidad de vida. Los pacientes no tienen que estar atravesando el final de sus vidas para recibir cuidado paliativo. Existen cada vez más planes de seguro que cubren el cuidado paliativo, incluido Medicare en ciertos estados.



Modelo de cuidado tanto para cuidado de hospicio como paliativo.

Fin del PDF "Información médica" de Notas para mi familia.