



# ¿Qué Tan Bien Conoce Usted Sus Necesidades de Atención Médica?

Para Adolescentes y Adultos Jóvenes

Complete este formulario para ver lo que usted ya sabe y lo que necesita aprender. Esta información puede ayudarle a preparar un resumen médico, que es importante que usted entregue a los nuevos médicos.

- Llévase este formulario a su casa. Haga que sus padres y/o sus maestros, la enfermera de la escuela, el trabajador social o un equipo de IEP le ayuden a llenarlo. Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio para responder a las preguntas.
- En su próxima consulta, pida al personal del consultorio de su médico que le ayude a llenar los vacíos.

## 1) Escriba los nombres de sus médicos en indique para qué le atienden ellos:

Nombre	Me Atiende Para	Nombre	Me Atiende Para

## 2) Describa sus condiciones de salud y cómo van a cambiar con el tiempo:

---

---

## 3) ¿Cómo afectan su vida diaria sus condiciones de salud?

---

---

## 4) ¿Qué tratamientos necesita usted de manera regular (por ejemplo, cuidado respiratorio, cuidado de la vejiga, cuidado de heridas, etc.)?

Tratamiento	Por qué lo necesita	¿Con qué frecuencia los necesita?	¿Quién realiza el tratamiento o procedimiento?

## 5) Describa cualquier equipo especial que utiliza e indique por qué lo necesita:

Equipos que usted tiene	¿Cómo se utilizan?

**6) Complete lo siguiente acerca de sus medicamentos:**

Nombre del medicamento	Dosis (la cantidad que toma)	Hora (cuando lo toma)	¿Por qué lo toma?	¿Qué pasa si no lo toma?	Posibles efectos secundarios

**7) ¿Dónde obtiene sus recetas, equipos y suministros médicos?**

<b>Recetas:</b>	
<b>Equipos:</b>	
<b>Suministros:</b>	

**8) ¿Cómo sabe cuándo es necesario consultar a un médico?**

---

**9) ¿Cómo sabe cuándo llamar al 911?**

---

**10) ¿Qué efecto tienen el fumar, beber y usar drogas en su condición?**

---

**11) ¿Cómo le afecta sexualmente a usted su condición?**

---

**12) ¿Qué hace usted para mantenerse sano (dieta, ejercicio, control del estrés, etc.)?**

---

**13) ¿Cuál es el nombre de su compañía de seguro médico?**

---

**14) ¿Qué hace usted si tiene preguntas acerca de su seguro?**

---

**15) ¿Qué va a hacer para tener seguro como adulto?**

---

Se han preparado estos folletos mediante una subvención del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services), la Administración de Servicios y Recursos de Salud (Health Resources and Services Administration), la Oficina de Salud Materno Infantil (Maternal and Child Health Bureau), D70MC12840. Fueron preparados por la UIC – División de Cuidado Especializado para Niños (University of Illinois at Chicago, Division of Specialized Care for Children) y el Capítulo de Illinois, Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics).