

H

My Health Passport

H



If you are a ***health care professional*** that will be helping me,

PLEASE READ THIS

before you try help me with my care or treatment.



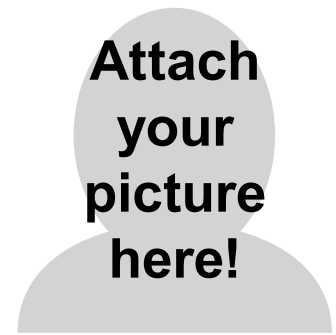
My full name is: _____

I like to be called: _____

Date of birth: ____ / ____ / ____

My primary care physician: _____

Physician's phone number: _____



This passport has important information so you can better support me when I visit/stay in your hospital or clinic.

Please keep this with my other notes, and where it may be easily referenced.

My signature: _____

Date completed: ____ / ____ / ____

You can talk to this person about my health: _____

Phone number: _____

Relationship: _____



I communicate using: (e.g. speech, preferred language, sign language, communication devices or aids, non-verbal sounds, also state if extra time/support is needed)



My brief medical history: (include other conditions (e.g. visual impairment, hearing impairment, diabetes, epilepsy) past operations, illnesses, and other medical issues)



My current medications are:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____



When I take my medication, I prefer to take it: (e.g. with water, with food)



I am allergic to: (list medications or foods, e.g. penicillin, peanuts)



If I am in pain, I show it by: (also note if I have a low/high pain tolerance)



If I get upset or distressed, the best way you can help is by: (e.g. play my favorite music)



How I cope with medical procedures: (e.g. how I usually react to injections, IV's, physical examinations, x-rays, oxygen therapy—also note procedures never experienced before or in recent years)



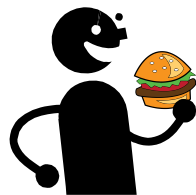
My mobility needs are:
(e.g. whether I can transfer independently, devices I use, pressure relief needed)



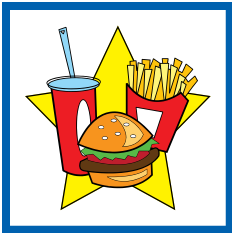
When getting washed and dressed, you may assist me by:



When drinking, you may assist me by:



When eating, you may assist me by:



My favorite foods and drinks are:



I do not like to eat or drink the following:



I am very sensitive to: (specific sights, sounds, odors, textures/fabric, etc. that I really dislike, e.g. fluorescent lights, thunderstorms, bleach, air freshener)



Things I like to do that will help pass the time:



How to make future/follow-up appointments easier for me:

(e.g: give me the first/last appointment of the day, allow extra time for the appointment, let me visit before my appointment, give information to my caregiver, etc.)

H

Mi Pasaporte de Salud

H



Si usted es el **profesional médico** que me estará ayudando,

POR FAVOR LEA ESTO

antes de ayudarme con mi cuidado o tratamiento.



Mi nombre es: _____

Me gusta que me llamen: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Mi medico de cabecera es: _____

Número de teléfono de mi doctor: _____



¡Apegue su foto aquí!

Este pasaporte tiene información muy importante para que me pueda brindar mejor apoyo durante mi estadía en su hospital o clínica.

Por favor mantenga este documento con mis otras notas médicas, y donde sea fácil de referenciar.

Mi firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Puedes hablar con esta persona sobre mi salud: _____

Número de teléfono: _____ Relación: _____



Yo me comunico usando: (ej.: el habla, idioma preferido, lenguaje de seña, aparatos o asistentes de comunicación, sonidos no verbales. También exprese si tiempo o apoyo adicional es necesitado.)



Mi breve historial médico: (incluya otras condiciones (ej.: discapacidad visual o auditiva, diabetes, epilepsia), operaciones, enfermedades, y otros problemas médicos)



Mis medicamentos actuales son:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____



Cuando tomo mi medicamento, prefiero tomarlo:

(ej.: con agua, con comida)



Soy alérgico(a) a: (liste medicamentos o comidas, (ej.: penicilina, maní))



Si algo me duele, lo muestro: (también anote si tiene una alta o baja tolerancia al dolor)



Si estoy molesto o angustiado, la mejor forma de ayudarme es:

(ej.: tocando mi música favorita)



Como enfrento a los procedimientos médicos: (ej.: como reacciono a inyecciones, inyección intravenosa (IV), exámenes físicos, radiografías, terapia de oxígeno. También anote procedimientos que no ha tenido en recientemente)



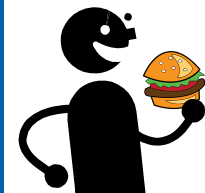
Mis necesidades de movilidad son: (ej.: si puedo moverme independientemente, aparatos que uso, alivio de presión necesario)



Cuando me baño y me visto, me puede ayudar así:



Cuando estoy bebiendo, me puede ayudar así:



Cuando estoy comiendo, me puede ayudar así:



Mis comidas y bebidas favoritas son:



No me gusta comer o beber lo siguiente:



Tengo sensibilidad a: (imágenes específicas, sonidos, olores, texturas o telas, que no me gusten. ej.: luces florecientes, tormentas, blanqueador, odorizantes)



Cosas que me gustan hacer para ayudar pasar el tiempo:



Como hacer citas futuras/de seguimiento más fáciles para mí:
(ej.: deme la primera o última cita del día, dedique más tiempo para la cita, déjeme visitar el local antes de mi cita, provea información a mi proveedor de cuidado)
