

SALVAR EL PACIENTE TARJETAS de SALUD VALIOSAS



Es su **DERECHO**

1. Que le traten con dignidad y respeto
2. Hacer preguntas
3. Recibir información de su médico
4. Pedir asistencia bilingüe o un interprete
5. Pedir y recibir sus expedientes médicos
6. Obtener una segunda opinión
7. Decirle a su médico sus síntomas y preocupaciones y recibir respeto y consideración según su religión, cultura y creencias personales
8. Pedir privacidad



Cut on solid line

Lo que debe hacer antes de visitar al médico o el hospital

1. Traiga la lista de las medicinas que toma:
 - Cuantas veces al día y dosis
 - Lista de vitaminas y medicinas naturales
2. Traiga su tarjeta de seguro y sepa sus beneficios
3. Conozca sus expedientes médicos
4. Escriba lo que le molesta
5. Traiga una lista de preguntas para su médico
6. Llame con anticipación si necesita un interprete
7. Informe si tiene necesidad de consultar un doctor ó doctora según su religión ó creencias culturales si es posible, traiga una persona adulta con Usted

Fold on dotted line

En la oficina de el médico, clínica, y hospital:

- Pídale al médico que le explique ó repita lo que no entiende UD. y lo que quiere recordar
- Durante el examen, Ud. puede preguntar:
 1. *Cuál es mi problema?*
 2. *Cuál es la causa del problema?*
 3. *Tiene nombre la enfermedad?*
 4. *Qué indica la fiebre y el dolor?*
 5. *Qué se puede hacer para corregir el problema?*
 6. *Cuáles exámenes quiere que tome?*
 7. *Por qué los necesito?*
 8. *Qué riesgos tiene?*
 9. *Si necesito cirugía, cuáles son los riesgos?*
 10. *Tengo otras opciones?*
 11. *Si no, quiero una segunda opinión.*



Fold on dotted line

Preguntas para el médico y farmacéutico:

1. Qué medicinas me receta y porqué?
2. Cuándo debo tomar la medicina y porqué?
3. Por cuánto tiempo debo tomarlo y cuáles son los efectos secundarios?
4. Se puede combinar esta medicina con otras medicinas?
5. Qué debo hacer si no me mejoro?

Recuerde: Mantenga una lista de las medicinas que usted toma en su cartera con el nombre, la dosis, y cuántas veces usted las toma. Incluya vitaminas, las medicinas de hebras o medicinas sin receta.

EN CASO DE EMERGENCIA DE LA HISTORIA DE SU SALUD

Nombre _____
Persona para Llamar _____
Teléfono _____
Nombre del Médico _____
Teléfono _____

Tengo estas enfermedades:

Enfermedad del Corazón _____
Alta Presión _____
Enfermedad de Pulmón/Asma _____
Problemas del Estómago _____
Enfermedad del Hígado _____
Enfermedad de la Sangre/Anemia _____
Enfermedad del Riñón _____
Depresión _____

Tomo estas medicinas:

Dosis: _____
Dosis: _____
Dosis: _____
Dosis: _____
Soy alérgico _____

