



Guía para Cuidadores Familiares

Nombre _____

Ser cuidador de un familiar puede ser gratificante, pero también puede ser desafiante. Requiere esfuerzo y capacidad para atender muchas cosas.

Hemos creado la **Guía para Cuidadores Familiares** de Florida Blue para ayudarle a estar al día con la información de su ser querido.

Esta guía contiene recursos útiles para:

-  **Organizar información de contacto**
-  **Mantener un registro de asuntos médicos**
-  **Mantener un control de las medicinas**
-  **Llevar a cabo inspecciones de seguridad**
-  **Registrar rutinas diarias de atención**

Le recomendamos que designe a un solo cuidador para actualizar la información y compartirla con otras personas; así siempre tendrá sus datos al día.



¿A qué se dedica un cuidador?

Los cuidadores son personas que brindan ayuda a seres queridos enfermos o de edad avanzada. Los cuidadores pueden ofrecer apoyo emocional, ayuda física, apoyo económico y otros tipos de atención.

Cómo usar esta guía

Esta guía fácil de usar le brinda un espacio para anotar información importante y tenerla a mano.

Adentro encontrará formularios que puede completar por Internet y actualizar fácilmente a medida que se produzcan cambios.

Le recomendamos que guarde este documento en un lugar seguro, ya que incluye datos personales. Asegúrese de que esté a mano cuando lo necesite.



¿Brinda atención a más de un ser querido?

Complete la guía para cada una de las personas que cuida y lleve registros de información personal por separado.

Consejos para guardar y acceder a su guía completada:



Si completa la guía por Internet, puede descargarla, guardarla como PDF y acceder a ella desde cualquier lugar. Guarde una copia en su teléfono, en su tableta o en un servicio de archivos compartidos para tener acceso a ellos en tiempo real, en cualquier momento.

**¿No quiere completar la información por Internet?
Solo imprima y complete los formularios a mano.**



Descargue Acrobat para dispositivos móviles
<https://acrobat.adobe.com/us/en/mobile/acrobat-reader.html>



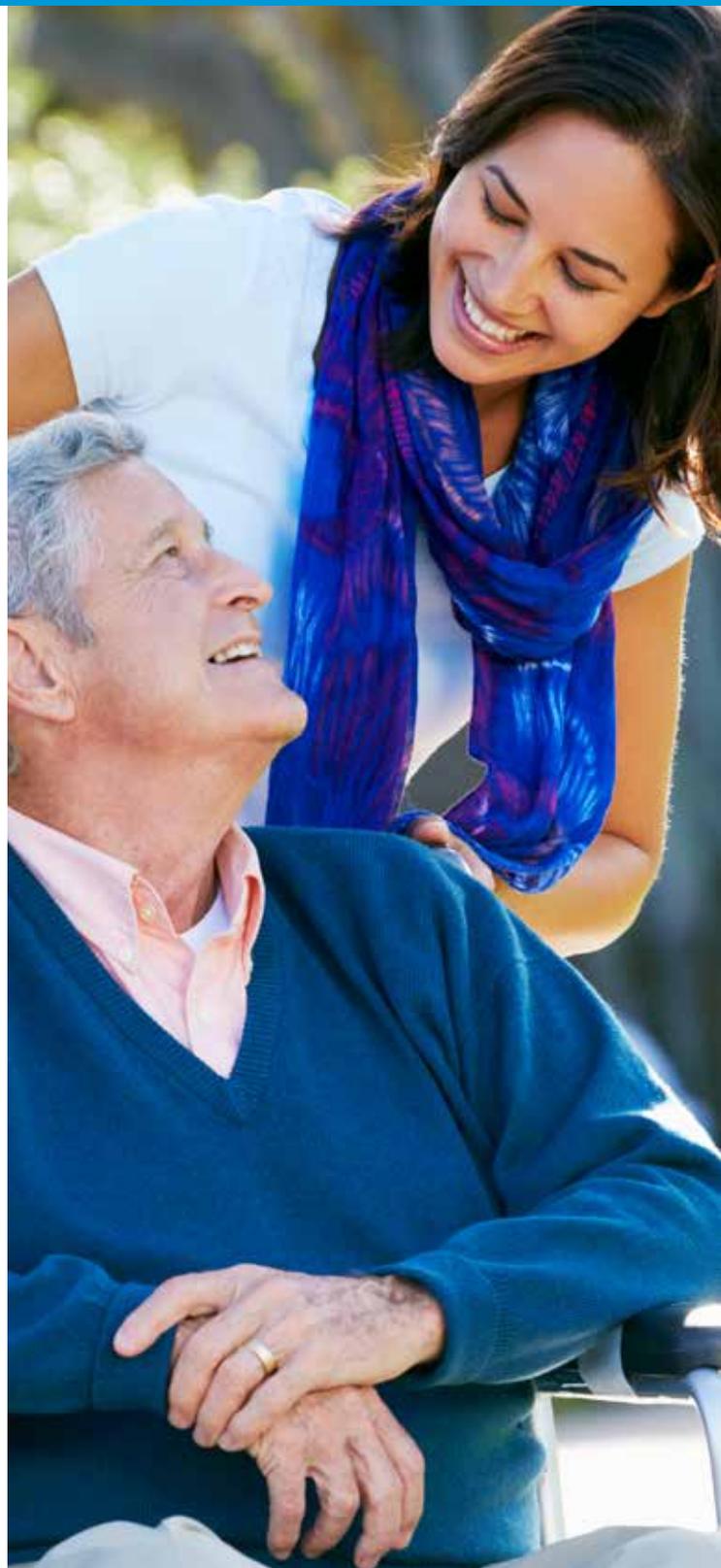
¿Comparte la tarea de cuidar a alguien? Comparta esta guía con otras personas a través de archivos electrónicos o copias impresas.



Para evitar confusiones, le recomendamos que designe a un solo cuidador para actualizar la información y compartirla con otros. Así siempre tendrá los datos actualizados.

Tabla de contenidos

SECCIÓN 1	
Números de teléfono importantes	5-9
SECCIÓN 2	
Información sobre el seguro médico	10-11
SECCIÓN 3	
Información médica	12-17
SECCIÓN 4	
Medicinas	18-24
SECCIÓN 5	
Información acerca de los proveedores	25-27
SECCIÓN 6	
Rutinas y actividades	28-29
SECCIÓN 7	
Seguimiento del bienestar	30-31
SECCIÓN 8	
Seguridad	32-34
SECCIÓN 9	
Servicios de atención para personas mayores	35-37
SECCIÓN 10	
Cómo manejar la alimentación de un ser querido	38-40
SECCIÓN 11	
Notas	41-51



Ante una situación médica de gravedad, necesito recordar estas cosas:

1. _____
2. _____
3. _____



SECCIÓN 1

Números de teléfono importantes

¡Esté preparado! Tenga a mano la información de los proveedores de salud, los recursos de apoyo y los teléfonos de emergencia.

Números de teléfono importantes

Familia

Nombre

Parentesco

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Correo electrónico

Nombre

Parentesco

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Correo electrónico

Nombre

Parentesco

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Correo electrónico

Nombre

Parentesco

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Correo electrónico

Nombre

Parentesco

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Correo electrónico

Nombre

Parentesco

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Correo electrónico

Números de teléfono importantes *(continuación)*

Amigos

Nombre

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Correo electrónico

Dirección

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Correo electrónico

Nombre

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Correo electrónico

Nombre

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Correo electrónico

Vecinos

Nombre

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Correo electrónico

Dirección

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Correo electrónico

Números de teléfono importantes *(continuación)*

Médicos

Nombre	Condición	
Teléfono		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre	Condición	
Teléfono		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre	Condición	
Teléfono		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre	Condición	
Teléfono		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Hospital preferido

Nombre	Condición	
Teléfono		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre	Condición	
Teléfono		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Números de teléfono importantes *(continuación)*

Servicios de emergencia que no atiende el 911

Nombre
Teléfono
Notas

Nombre
Teléfono
Notas

Farmacia preferida

Nombre	Condición	
Teléfono		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre	Condición	
Teléfono		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal





SECCIÓN 2

Información del seguro médico

Ingrese la información sobre el plan de seguro médico y la cobertura de su ser querido en un solo lugar para que pueda accederla con facilidad.

Información del seguro médico

Medicare		
Sitio de Internet https://www.cms.gov/Medicare/Medicare.html		Número de miembro
Seguro médico		
Nombre	Teléfono	Sitio de Internet
Nombre del miembro	Nombre del plan	<input type="radio"/> Medicare Advantage <input type="radio"/> Medicare Advantage Rx <input type="radio"/> Seguro Suplementario a Medicare
Otro seguro médico		
Información de contacto		
Nombre	Teléfono	Sitio de Internet
Nombre del miembro	Nombre del plan	Nombre del plan
Seguro dental		
Información de contacto		
Nombre	Teléfono	Sitio de Internet
Nombre del miembro	Nombre del plan	Nombre del plan
Seguro para la vista		
Información de contacto		
Nombre	Teléfono	Sitio de Internet
Nombre del miembro	Nombre del plan	Nombre del plan



SECCIÓN 3

Información médica

Lleve un seguimiento de la información médica de su ser querido:

-  Condiciones de salud
-  Procedimientos y hospitalizaciones
-  Medicinas y alergias

Información médica

Condiciones médicas y problemas de salud

Condición/Asunto	Fecha en que empezó ____/____/____
Síntomas	Tratamientos
Notas	

Condición/Asunto	Fecha en que empezó ____/____/____
Síntomas	Tratamientos
Notas	

Condición/Asunto	Fecha en que empezó ____/____/____
Síntomas	Tratamientos
Notas	

Condición/Asunto	Fecha en que empezó ____/____/____
Síntomas	Tratamientos
Notas	

Información médica *(continuación)*

Condiciones médicas y problemas de salud

Condición/Asunto	Fecha en que empezó ____/____/____
Síntomas	Tratamientos
Notas	

Condición/Asunto	Fecha en que empezó ____/____/____
Síntomas	Tratamientos
Notas	

Condición/Asunto	Fecha en que empezó ____/____/____
Síntomas	Tratamientos
Notas	

Condición/Asunto	Fecha en que empezó ____/____/____
Síntomas	Tratamientos
Notas	



¿Incluyó asuntos dentales, para la vista y la audición?
Las condiciones relacionadas con la salud mental también son importantes. Inclúyalas en la lista.

Información médica *(continuación)*

Antecedentes de procedimientos médicos

Mencione todos los procedimientos, incluyendo cirugías dentales y otras.

Procedimiento	Motivo	Fecha en que empezó ____/____/____
Hospital/Establecimiento	Médico	

Procedimiento	Motivo	Fecha en que empezó ____/____/____
Hospital/Establecimiento	Médico	

Procedimiento	Motivo	Fecha en que empezó ____/____/____
Hospital/Establecimiento	Médico	

Procedimiento	Motivo	Fecha en que empezó ____/____/____
Hospital/Establecimiento	Médico	

Procedimiento	Motivo	Fecha en que empezó ____/____/____
Hospital/Establecimiento	Médico	

Procedimiento	Motivo	Fecha en que empezó ____/____/____
Hospital/Establecimiento	Médico	

Información médica *(continuación)*

Antecedentes de admisiones al hospital

Procedimiento	Motivo	Fecha en que empezó ____/____/____
Hospital/Establecimiento	Médico	

Procedimiento	Motivo	Fecha en que empezó ____/____/____
Hospital/Establecimiento	Médico	

Procedimiento	Motivo	Fecha en que empezó ____/____/____
Hospital/Establecimiento	Médico	

Procedimiento	Motivo	Fecha en que empezó ____/____/____
Hospital/Establecimiento	Médico	

Procedimiento	Motivo	Fecha en que empezó ____/____/____
Hospital/Establecimiento	Médico	

Procedimiento	Motivo	Fecha en que empezó ____/____/____
Hospital/Establecimiento	Médico	

Información médica *(continuación)*

¿Su ser querido usa dispositivos médicos por seguridad y para moverse?

Lleve un seguimiento de todo eso aquí.

Baño

- Asiento elevado para sanitario
- Marco de seguridad para sanitario
- Banco para ducha
- Banco para ingresar a la bañera
- Barras de seguridad
- Otro

Movilidad

- Bastón
- Andadera
- Silla de ruedas
- Ciclomotores (Scooters)/Silla de ruedas eléctrica
- Otro

Habitación

- Cama de hospital
- Retrete portátil
- Bacinilla/Urinario
- Otro



Transferencia

- Elevador para silla
- Tubo de seguridad para levantarse
- Grúa de traslado
- Otro

Seguridad general

- Sistemas personales de respuesta para emergencias
(Estos sistemas brindan un transmisor con un botón, que en general se lleva como collar o brazalete, al oprimirlo conecta al usuario con un centro de llamadas que atiende las 24 horas del día)
- Otro



SECCIÓN 4

Medicinas

Lleve un seguimiento de las medicinas de su ser querido.

-  Medicinas recetadas
-  Medicinas de venta libre
-  Vitaminas y suplementos

Medicinas

Medicinas recetadas

Nombre de la medicina	Condición relacionada	Médico que recetó la medicina
Dosis y frecuencia	Nombre de la farmacia	Teléfono de la farmacia
Fecha del último reabastecimiento ____/____/____	Fecha del próximo reabastecimiento ____/____/____	
Reacciones	Eficacia	
Notas		

Nombre de la medicina	Condición relacionada	Médico que recetó la medicina
Dosis y frecuencia	Nombre de la farmacia	Teléfono de la farmacia
Fecha del último reabastecimiento ____/____/____	Fecha del próximo reabastecimiento ____/____/____	
Reacciones	Eficacia	
Notas		

Nombre de la medicina	Condición relacionada	Médico que recetó la medicina
Dosis y frecuencia	Nombre de la farmacia	Teléfono de la farmacia
Fecha del último reabastecimiento ____/____/____	Fecha del próximo reabastecimiento ____/____/____	
Reacciones	Eficacia	
Notas		

Medicinas *(continuación)*

Medicinas recetadas *(continuación)*

Nombre de la medicina	Condición relacionada	Médico que recetó la medicina
Dosis y frecuencia	Nombre de la farmacia	Teléfono de la farmacia
Fecha del último reabastecimiento ____/____/____	Fecha del próximo reabastecimiento ____/____/____	
Reacciones	Eficacia	
Notas		

Nombre de la medicina	Condición relacionada	Médico que recetó la medicina
Dosis y frecuencia	Nombre de la farmacia	Teléfono de la farmacia
Fecha del último reabastecimiento ____/____/____	Fecha del próximo reabastecimiento ____/____/____	
Reacciones	Eficacia	
Notas		

Nombre de la medicina	Condición relacionada	Médico que recetó la medicina
Dosis y frecuencia	Nombre de la farmacia	Teléfono de la farmacia
Fecha del último reabastecimiento ____/____/____	Fecha del próximo reabastecimiento ____/____/____	
Reacciones	Eficacia	
Notas		

Medicinas *(continuación)*

Medicinas recetadas *(continuación)*

Nombre de la medicina	Condición relacionada	Médico que recetó la medicina
Dosis y frecuencia	Nombre de la farmacia	Teléfono de la farmacia
Fecha del último reabastecimiento ____/____/____	Fecha del próximo reabastecimiento ____/____/____	
Reacciones	Eficacia	
Notas		

Nombre de la medicina	Condición relacionada	Médico que recetó la medicina
Dosis y frecuencia	Nombre de la farmacia	Teléfono de la farmacia
Fecha del último reabastecimiento ____/____/____	Fecha del próximo reabastecimiento ____/____/____	
Reacciones	Eficacia	
Notas		

Nombre de la medicina	Condición relacionada	Médico que recetó la medicina
Dosis y frecuencia	Nombre de la farmacia	Teléfono de la farmacia
Fecha del último reabastecimiento ____/____/____	Fecha del próximo reabastecimiento ____/____/____	
Reacciones	Eficacia	
Notas		

Medicinas *(continuación)*

Artículos de venta libre

Nombre de la medicina		Condición relacionada	
Dosis y frecuencia	Reacciones		Eficacia
Notas			

Nombre de la medicina		Condición relacionada	
Dosis y frecuencia	Reacciones		Eficacia
Notas			

Nombre de la medicina		Condición relacionada	
Dosis y frecuencia	Reacciones		Eficacia
Notas			

Nombre de la medicina		Condición relacionada	
Dosis y frecuencia	Reacciones		Eficacia
Notas			

Nombre de la medicina		Condición relacionada	
Dosis y frecuencia	Reacciones		Eficacia
Notas			

Medicinas *(continuación)*

Vitaminas y suplementos

Nombre de la vitamina		Condición relacionada	
Dosis y frecuencia	Reacciones		Eficacia
Notas			

Nombre de la vitamina		Condición relacionada	
Dosis y frecuencia	Reacciones		Eficacia
Notas			

Nombre de la vitamina		Condición relacionada	
Dosis y frecuencia	Reacciones		Eficacia
Notas			

Nombre de la vitamina		Condición relacionada	
Dosis y frecuencia	Reacciones		Eficacia
Notas			

Nombre de la vitamina		Condición relacionada	
Dosis y frecuencia	Reacciones		Eficacia
Notas			

Medicinas *(continuación)*

Pregunte si su ser querido es elegible para PillPack.



Consejo: Adquiera un organizador de pastillas que pueda llenar una vez por semana para disminuir cualquier confusión.

Tabla de medicinas diarias

Medicina	Dosis	Precauciones	Mañana	Mediodía	Tarde	Hora de acostarse

Alergias a medicinas

Medicinas	Reacción



SECCIÓN 5

Información del proveedor

Lleve un seguimiento de la comunidad médica que cuida a su ser querido:



Médicos



Hospitales



Atención de urgencia

Datos de proveedores (continuación)

Hospitales

Nombre	Número de teléfono	Dirección

Clínicas

Nombre	Número de teléfono	Dirección



Centro Florida Blue más cercano

Para encontrar el centro más cercano, visite floridablue.com/find-a-floridablue-center

Dirección

Número de teléfono



SECCIÓN 6

Rutinas y actividades

Lleve un seguimiento de las actividades sociales y rutinas de bienestar de su ser querido.

Rutinas y actividades

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Lugar donde se practica la actividad							
Lugar donde se practica la actividad							
Lugar donde se practica la actividad							
Lugar donde se practica la actividad							
Lugar donde se practica la actividad							
Lugar donde se practica la actividad							
Lugar donde se practica la actividad							
Lugar donde se practica la actividad							



SECCIÓN 7

Seguimiento del Bienestar

Tome nota de las prueba de prevención y las vacunas recomendadas para las personas mayores de 65 años. Lleve un seguimiento de la información de su ser querido. Consulte siempre con el médico de su ser querido y permita que el le recomiende lo más conveniente.

Seguimiento del bienestar

Exámenes preventivos y orientación para personas mayores

Guía de salud de rutina

Exámenes de bienestar anual y chequeo de rutina	Anualmente
Visita Preventiva de "Bienvenida a Medicare"	Una vez en la vida, dentro de los primeros 12 meses de cobertura de la parte B de Medicare
Exámenes de detección de la obesidad/ Actividad física/Asesoramiento para disminuir el Índice de masa corporal (Body Mass Index, BMI)	Anualmente
Examen de la vista, exámenes de detección del glaucoma, y examen dental	Anualmente

Exámenes médicos de diagnóstico recomendados, chequeos y evaluaciones para pacientes en riesgo

Examen para la Detección de Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA)	Solo una vez en la vida: hable con su médico*
Asesoramiento y exámenes de detección del cáncer de pulmón	Anualmente para personas entre 55 y 80 años; con un historial de consumo de 30 paquetes de cigarrillos por año, fumador actual o aquellas personas que dejaron de fumar dentro de los 15 años pasados
Presión arterial elevada (hipertensión)	Anualmente
Evaluaciones de diabetes: Azúcar en la sangre, Hemoglobina A1C, Examen de la retina, Función renal y Presión arterial	Anualmente
Osteoporosis	Cada 24 meses o más seguido si es médicamente necesario, hable con su médico
Asesoramiento y examen de detección del cáncer colorrectal**	Entre 50 y 75 años; Colonoscopia cada 10 años, Prueba de sangre oculta en heces (Fecal occult blood test, FOBT) cada año o FIT-DNA cada dos años, Colonografía TC o Sigmoidoscopia cada 5 años
Exámenes y orientación para la detección del HIV (Virus de inmunodeficiencia humana, HIV) y otras enfermedades de transmisión sexual	Anualmente; hable con su médico
Examen de colesterol	Una vez cada 5 años; con más frecuencia si existe riesgo; hable con su médico
Examen de detección del cáncer de próstata (sólo para hombres)	Hable con su médico
Mamografía (sólo para mujeres)	Una vez cada 5 años; con más frecuencia si existe riesgo; hable con su médico
Papanicolaou/Examen pélvico (sólo para mujeres)	Una vez cada 5 años; con más frecuencia si existe riesgo; hable con su médico
Examen de detección del cáncer de piel. La detección temprana del melanoma cutáneo, del cáncer de células basales, o del carcinoma de células escamosas en la población adulta.	Hable con su médico
Examen de la Audición	Hable con su médico



SECCIÓN 8

Seguridad

Tome estas precauciones básicas para garantizar la seguridad de su ser querido:

-  Controles para prevenir caídas
-  Seguridad relacionada con las medicinas
-  Evaluación de medidas de seguridad en el hogar



Seguridad

Lista de verificación para prevenir caídas

Pisos

- ¿Hay muebles que obstaculizan o impiden el paso?
- ¿Las alfombras están sujetadas con cinta adhesiva doble o tienen superficie posterior antideslizante?
- ¿Hay desorden en el piso que pueda causar tropiezos y caídas?
- ¿Hay alambres o cables atravesados que impidan el paso?

Escaleras y escalones

- ¿La escalera tiene buena iluminación y bombillos que funcionan?
- ¿La alfombra está bien sujetada en los escalones?
- ¿Hay barandas a ambos lados de la escalera?
- ¿Las barandas están sujetadas con firmeza?
- ¿Hay objetos que impiden el paso en la escalera?
- ¿Hay interruptores de luz en la parte superior e inferior de la escalera?

Cocina

- ¿Los artículos de uso común están ubicados en los estantes inferiores o de fácil acceso (a la altura de la cintura)?
- Si hay un banco para subirse, ¿es firme y tiene barandas para sostenerse?

Baño

- ¿Hay un tapete o cintas antideslizantes en el piso de la bañera o de la ducha?
- ¿Hay barras para sostenerse en la bañera, en la ducha o al lado del sanitario?

Habitación

- ¿Hay una luz cerca de la cama que sea fácil de prender y apagar?
- ¿Está iluminado el camino de la cama al baño?

Seguridad *(continuación)*

Lista para verificar la seguridad en el hogar

- Asegúrese de que los muebles no estén apoyados en cables eléctricos, que puedan causar daños y crear riesgos de incendio/electrocución.
- Asegúrese de que no haya cables debajo de los muebles y las alfombras.
- Asegúrese de que no haya cables fijados en las paredes con clavos o grapas.
- Revise los cables eléctricos para garantizar que estén en buen estado y no estén pelados ni agrietados.
- Asegúrese de que los cables de extensión no estén sobrecargados.
- Verifique las alarmas contra incendios para garantizar que funcionen bien y cambie las baterías periódicamente.
- Garantice que todas las tomas e interruptores tengan tapa y que los cables no estén expuestos.
- Asegúrese de que no haya calentadores portátiles en áreas de paso frecuente, que se encuentren en lugares donde no puedan caerse y lejos de materiales como cortinas y alfombras.
- Asegúrese de que su ser querido conozca el camino hacia todas las salidas, y que las mismas no tengan objetos regados que impidan el paso en caso de un incendio o una emergencia. Practique cómo usar estas salidas con regularidad.
- Asegúrese de que las toallas, las cortinas y demás artículos inflamables estén ubicados lejos de la estufa.
- Asegúrese de que las áreas en donde se cocina estén bien iluminadas para evitar quemaduras o cortaduras.
- Revise las cerraduras de las puertas y las ventanas. Asegúrese de que funcionen bien y abran con facilidad.





SECCIÓN 9

Servicios para cuidado de personas mayores

Ya sea que se presenten otras demandas laborales o familiares, o que necesite pasar tiempo solo, usted también necesita un relevo. Busque recursos disponibles para brindar ayuda a su ser querido.

-  Servicios para cuidado de personas mayores
-  Apoyo familiar y comunitario
-  Transporte y comidas
-  Actividades sociales

Servicios para el cuidado de personas mayores

Proveedores de servicios

Nombre	Información de contacto	Servicios disponibles

Familia

Nombre	Información de contacto	Disponibilidad

Programas de comidas

Nombre	Información de contacto	Programa

Servicios para el cuidado de personas mayores *(continuación)*

Actividades sociales

Nombre de la actividad	Información de contacto	Programa

Transporte

Nombre	Información de contacto

Localizador de atención para personas mayores del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services)



1-800-677-1116



eldercare.gov

Use el localizador de atención para personas mayores (Elder Care Locator) para encontrar la agencia que atiende asuntos para personas mayores en cualquier área del país, por código postal. La agencia local que atiende asuntos para personas mayores le puede ayudar a encontrar proveedores de equipos médicos y proveedores de sistemas de respuesta para emergencias personales a nivel local.





SECCIÓN 10

Manejo de la alimentación de un ser querido

Lleve un control de la alimentación y de los planes de nutrición:

- ✔ Objetivos nutricionales
- ✔ Alergias y preferencias de alimentos

Manejo de la alimentación de un ser querido



Alimentos que debe evitar:

Alimentos que debe aumentar:



Cuando sea posible, ofrezca opciones.

El proporcionar opciones a su ser querido le ayuda a mantener su sentido de independencia. Cada vez que sea posible, bríndele a su ser querido la oportunidad de elegir lo que quiera comer.

Manejo de la alimentación de un ser querido *(continuación)*

Alimentos preferidos:

Alimentos que no son de su agrado:

Intolerancia/Alergias a alimentos:

Intolerancia/Alergias	Reacciones



SECCIÓN 11

Notas

Ya sea que esté registrando actividades e inquietudes por parte del cuidador o resultados de consultas médicas, use este espacio para anotar su opinión y téngalo como referencia.

Notas

Notas del cuidador:

Fecha	Notas	Inquietudes especiales
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		

Notas

Notas del cuidador:

Fecha	Notas	Inquietudes especiales
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		

Notas

Notas del cuidador:

Fecha	Notas	Inquietudes especiales
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		

Notas

Notas de las consultas médicas

Resumen general de la consulta:		
Fecha ____/____/____	Médico	
Exámenes ordenados	Resultados de los exámenes	Diagnóstico
Hablé con el médico sobre/Instrucciones		

Resumen general de la consulta:		
Fecha ____/____/____	Médico	
Exámenes ordenados	Resultados de los exámenes	Diagnóstico
Hablé con el médico sobre/Instrucciones		

Resumen general de la consulta:		
Fecha ____/____/____	Médico	
Exámenes ordenados	Resultados de los exámenes	Diagnóstico
Hablé con el médico sobre/Instrucciones		

Notas

Notas de la consulta médica (continuación)

Resumen general de la consulta:		
Fecha ____/____/____	Médico	
Exámenes ordenados	Resultados de los exámenes	Diagnóstico
Hablé con el médico sobre/Instrucciones		

Resumen general de la consulta:		
Fecha ____/____/____	Médico	
Exámenes ordenados	Resultados de los exámenes	Diagnóstico
Hablé con el médico sobre/Instrucciones		

Resumen general de la consulta:		
Fecha ____/____/____	Médico	
Exámenes ordenados	Resultados de los exámenes	Diagnóstico
Hablé con el médico sobre/Instrucciones		

Notas

Notas de la consulta médica (continuación)

Resumen general de la consulta:		
Fecha ____/____/____	Médico	
Exámenes ordenados	Resultados de los exámenes	Diagnóstico
Hablé con el médico sobre/Instrucciones		

Resumen de la consulta:		
Fecha ____/____/____	Médico	
Exámenes ordenados	Resultados de los exámenes	Diagnóstico
Hablé con el médico sobre/Instrucciones		

Resumen general de la consulta:		
Fecha ____/____/____	Médico	
Exámenes ordenados	Resultados de los exámenes	Diagnóstico
Hablé con el médico sobre/Instrucciones		

Notas

Notas de la consulta médica (continuación)

Resumen general de la consulta:		
Fecha ____/____/____	Médico	
Exámenes ordenados	Resultados de los exámenes	Diagnóstico
Hablé con el médico sobre/Instrucciones		

Resumen general de la consulta:		
Fecha ____/____/____	Médico	
Exámenes ordenados	Resultados de los exámenes	Diagnóstico
Hablé con el médico sobre/Instrucciones		

Generalidades de la consulta médica:		
Fecha ____/____/____	Médico	
Exámenes ordenados	Resultados de los exámenes	Diagnóstico
Hablé con el médico sobre/Instrucciones		



floridablue.com/medicare

Florida Blue es un Plan PPO, RPPO y Rx (PDP) que tiene un contrato con Medicare. Florida Blue HMO y Florida Blue Preferred HMO son planes HMO que tienen un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue, Florida Blue HMO o Florida Blue Preferred HMO depende de la renovación del contrato. Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es FloridaBlue, ofrece cobertura de salud. Health Options, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue HMO y BeHealthy Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue Preferred HMO, ofrecen cobertura HMO. Estas compañías son afiliadas de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. y son Licenciatarías Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). © 2019 Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., DBA Florida Blue. All rights reserved.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Y0011_94069S_C 1218 C: 12/2018