

Carpeta de emergencia del cuidador

Todo lo que un ayudante necesita saber sobre la persona que cuida, en un solo lugar.

Nombre de la persona que cuida: _____

Contacto principal de emergencia y teléfono: _____

Última actualización: _____

En una emergencia, llame primero al 911. Lea la Sección 1 antes de dar cuidado.

Esta carpeta organiza información. No reemplaza los documentos médicos, legales ni de directivas anticipadas oficiales.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Índice

Marque cada hoja cuando la llene y agréguela a la carpeta. Todas las hojas son gratuitas en lighthousebydragonfly.com/downloads.

1 LEER PRIMERO

Tarjeta de información de emergencia	☐ incluida
Hoja para el hospital y emergencias	☐ incluida
Contactos y equipo de cuidado	☐ incluida
Necesidades de comunicación	☐ incluida
Desencadenantes y señales de alerta	☐ incluida
Página del cuidador	☐ incluida

2 INFORMACIÓN MÉDICA

Lista de medicamentos y alergias	☐ incluida
Resumen del historial médico	☐ incluida
Registro diario de cuidado / Control de síntomas	☐ incluida
Hoja para preparar la visita al médico	☐ incluida
Registro de citas	☐ incluida

3 SEGUROS, DOCUMENTOS Y FACTURAS

Ubicación de seguros y documentos	☐ incluida
Ubicación de facturas y cuentas	☐ incluida
Beneficios y recursos	☐ incluida

4 RUTINA DIARIA

Guía para el cuidador suplente y rutina diaria	☐ incluida
Comidas e hidratación	☐ incluida
Movilidad y cuidado personal	☐ incluida
Horario de ayudantes: quién hace qué	☐ incluida

5 QUIÉN ES LA PERSONA QUE CUIDO

Lo que consuela o calma a la persona que cuida	☐ incluida
Lo que me gustaría que supiera	☐ incluida
Preferencias de cuidado	☐ incluida
Historia personal / Libro de recuerdos	☐ incluida

6 HOGAR, SEGURIDAD Y SUMINISTROS

Información del hogar y seguridad	☐ incluida
Lista de suministros y equipo	☐ incluida



1

Leer primero

La información más importante para cualquier persona que llegue a ayudar. Empiece aquí.

EN ESTA SECCIÓN

Tarjeta de información de emergencia	☐ incluida
Hoja para el hospital y emergencias	☐ incluida
Contactos y equipo de cuidado	☐ incluida
Necesidades de comunicación	☐ incluida
Desencadenantes y señales de alerta	☐ incluida
Página del cuidador	☐ incluida

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

2

Información médica

Medicamentos, historial de salud, registro diario y apuntes de visitas y citas.

EN ESTA SECCIÓN

Lista de medicamentos y alergias	☐ incluida
Resumen del historial médico	☐ incluida
Registro diario de cuidado / Control de síntomas	☐ incluida
Hoja para preparar la visita al médico	☐ incluida
Registro de citas	☐ incluida

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

3

Seguros, documentos y facturas

Dónde se guardan los papeles importantes, cómo se pagan las facturas y a quién llamar. Solo ubicaciones, nunca números de cuenta.

EN ESTA SECCIÓN

Ubicación de seguros y documentos	☐ incluida
Ubicación de facturas y cuentas	☐ incluida
Beneficios y recursos	☐ incluida

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



4

Rutina diaria

Cómo es un día normal y quién ayuda, para que el cuidado sea estable y conocido.

EN ESTA SECCIÓN

Guía para el cuidador suplente y rutina diaria	☐ incluida
Comidas e hidratación	☐ incluida
Movilidad y cuidado personal	☐ incluida
Horario de ayudantes: quién hace qué	☐ incluida

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

5

Quién es la persona que cuido

La persona detrás del cuidado: lo que la consuela, sus preferencias, sus historias y lo que más le importa.

EN ESTA SECCIÓN

Lo que consuela o calma a la persona que cuido	☐ incluida
Lo que me gustaría que supiera	☐ incluida
Preferencias de cuidado	☐ incluida
Historia personal / Libro de recuerdos	☐ incluida

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



6

Hogar, seguridad y suministros

Datos clave sobre el hogar, la seguridad y los suministros y el equipo que el cuidado necesita.

EN ESTA SECCIÓN

Información del hogar y seguridad

☐ incluida

Lista de suministros y equipo

☐ incluida

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Tarjeta de información de emergencia

Última actualización: _____

Llénela a mano. Guarde copias en el refrigerador, en la bolsa de emergencia y con un contacto de respaldo. Actualícela si algo cambia.

SOBRE ESTA PERSONA

Nombre completo: _____ Nombre que prefiere: _____

Fecha de nacimiento: _____ Idioma que habla: _____

Dirección: _____



A QUIÉN LLAMAR

Cuidador principal: _____

Teléfono: _____

Respaldo 1 (nombre, parentesco): _____

Teléfono: _____

Respaldo 2 (nombre, parentesco): _____

Teléfono: _____

DIAGNÓSTICOS / CONDICIONES

EQUIPO DE CUIDADO

Médico principal: _____

Teléfono: _____

Farmacia y teléfono: _____

Hospital preferido: _____

Compañía de seguro médico: _____

Teléfono del seguro: _____

ALERGIAS (medicamentos, alimentos, látex, otras)

MEDICAMENTOS ACTUALES	Dosis	Cuándo (hora del día / con qué frecuencia)

Si hace falta, adjunte otra lista de medicamentos. Escriba la fecha en cada hoja adjunta.

APARATOS Y MOVILIDAD (andadera, audífonos, oxígeno...)

CONSEJOS PARA COMUNICARSE

La mejor manera de hablarle: _____

Lo que le ayuda a calmarse: _____

Lo que le puede alterar: _____

DIRECTIVAS ANTICIPADAS / DNR - se guardan en:

Representante médico y teléfono: _____

DNR = orden de no resucitar. Esta tarjeta no reemplaza los documentos originales.

✂ Recorte y guarde en la cartera

EN UNA EMERGENCIA

Nombre: _____

Llamar a (nombre y teléfono): _____

Alergias: _____

Condición principal: _____

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com



Más herramientas gratuitas para cuidadores

Hoja para el hospital y emergencias

Última actualización: _____

Guárdela al frente de la carpeta y llévela a la sala de emergencias o al hospital. Llénela a mano antes de necesitarla.

Si hay peligro inmediato o una emergencia que pone en riesgo la vida, llame al 911.

Nombre de la persona que cuida: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

Hospital preferido: _____

Médico principal y teléfono: _____

QUÉ LLEVAR *(marque al empacar)*

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Esta carpeta | ☐ Medicamentos en frascos originales o lista actual | |
| ☐ Lentes | ☐ Audífonos y baterías | ☐ Dentadura postiza |
| ☐ Teléfono y cargador | ☐ Identificación y tarjetas del seguro | ☐ Objeto que le da consuelo |
| ☐ Una muda de ropa | | |

Lleve las tarjetas originales. No copie en esta hoja números de identificación, de seguro ni de afiliado.

La bolsa de emergencia está en: _____

QUÉ DECIRLE A LA ENFERMERA DE TRIAJE

Cómo está normalmente la persona que cuida: _____

Qué cambió y cuándo empezó: _____

Demencia y necesidades de comunicación: _____

Alergias: _____

Medicamentos actuales (vea la Lista de medicamentos y alergias) y últimas dosis, si las sabe: _____

Directivas anticipadas o POLST/DNR (órdenes médicas sobre tratamiento y reanimación) se guardan en: _____

Quién puede hablar con los médicos (nombre, función, teléfono): _____

Consejo: Díglelo pronto al personal que la persona que cuida tiene demencia y cómo comunicarse con ella. Si es posible, pida a un amigo o familiar que se quede con ella mientras usted responde preguntas.



ANTES DEL ALTA: PREGUNTAS QUE HACER

La planificación empieza pronto. Pida un administrador de casos o un planificador del alta lo antes posible. Pida que le enseñen cualquier nueva tarea de cuidado y diga al personal qué ayuda puede dar en casa y cuál no.

Pregunte sobre	Respuesta y notas
Diagnóstico <i>¿Qué pasó y qué se hizo?</i>	
Medicamentos <i>¿Nuevos, suspendidos o cambiados? Pida una lista actualizada.</i>	
Citas de seguimiento <i>¿Con quién, cuándo y quién las programa?</i>	
Señales de alerta <i>¿Qué señales indican que debe llamar al médico o regresar?</i>	
Equipo o atención médica en casa <i>¿Qué se necesita, quién lo coordina y cuándo empieza?</i>	
Actividad y dieta <i>¿Hay restricciones? ¿Por cuánto tiempo?</i>	
A quién llamar con preguntas <i>Nombre y teléfono, de día y fuera de horario</i>	

¿Recibió el resumen del alta y las instrucciones por escrito? ☐ Sí ☐ Todavía no

Administrador de casos o planificador del alta (nombre y teléfono): _____

SI EL PLAN NO ES SEGURO O CLARO

Usted puede hacer preguntas, pedir que le expliquen el plan otra vez y hablar de sus preocupaciones con el médico, la enfermera o el administrador de casos antes de salir. Puede preguntar si el alta se puede retrasar hasta que el plan sea seguro y claro; preguntar no garantiza más tiempo. Si la persona que cuida tiene Medicare y está internada en el hospital, pida el aviso **“Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” (en inglés, “An Important Message from Medicare about Your Rights”)**. Explica cómo pedir una apelación rápida. Siga las instrucciones del aviso a más tardar el día programado para el alta y antes de salir del hospital.

Preocupaciones planteadas, con quién y cuándo: _____

Esta hoja no reemplaza el consejo médico. Siga las instrucciones del equipo de cuidado y llámelos si tiene dudas.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores
Página 2 de 2

Contactos y equipo de cuidado

Última actualización: _____

A quién llamar por la persona que cuida. Llénela a mano, guárdela cerca del teléfono o en la carpeta y actualízela cada vez que alguien cambie.

Nombre de la persona que cuida: _____

Dirección de la casa: _____

Cuidador principal y teléfono: _____

Hospital preferido: _____

En una emergencia, llame primero al 911. Después llame a los contactos de abajo.

FAMILIA Y CONTACTOS DE EMERGENCIA *(en el orden en que se debe llamar)*

#	Nombre	Parentesco	Teléfono	Mejor hora para llamar	¿Tiene llave de la casa?
1					
2					
3					
4					
5					
6					

EQUIPO DE CUIDADO

Función	Nombre o consultorio	Teléfono	Notas (línea fuera de horario, portal, fax)
Médico de atención primaria			
Especialista:			
Especialista:			
Especialista:			
Dentista			
Oculista			
Terapeuta o consejero			
Otro:			

FARMACIA

Farmacia	Nombre y ubicación	Teléfono	Horario o entrega a domicilio
Farmacia principal			
Por correo u otra			

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información privada. Guárdela en un lugar seguro. No escriba en esta hoja números de Seguro Social, de Medicare, de afiliado del seguro ni de cuentas bancarias.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

AGENCIAS Y SERVICIOS

Servicio	Agencia y persona de contacto	Teléfono	Días, horario o notas
Cuidado en casa o asistente			
Salud en el hogar (enfermería, terapia)			
Hospicio o cuidados paliativos			
Programa de día para adultos			
Comidas o entrega a domicilio			
Transporte			
Proveedor de equipo médico			
Administrador de casos o trabajador social			
Otro:			

TELÉFONOS DE SEGUROS Y BENEFICIOS *(solo teléfonos, sin números de afiliado ni de cuenta)*

Plan o programa	Nombre	Teléfono	Notas
Seguro médico			
Plan de recetas médicas			
Otro:			

VECINOS Y AYUDANTES CERCANOS

Nombre y teléfono: _____

Nombre y teléfono: _____

Comunidad de fe o grupo: _____

QUIÉN PUEDE HABLAR CON LOS MÉDICOS

Representante médico (poder) y teléfono: _____

Representante suplente y teléfono: _____

*Solo nombres. Anote dónde están los documentos en la hoja
Ubicación de seguros y documentos.*

NÚMEROS NACIONALES ÚTILES *(EE. UU.)*

Emergencias: 911

Ayuda en caso de envenenamiento (Poison Help): 1-800-222-1222 (en más de 100 idiomas)

Línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis: llame o envíe un texto al 988. En español: llame al 988 y oprima 2, o envíe AYUDA al 988.

Eldercare Locator (servicios locales para adultos mayores): 1-800-677-1116

Línea de ayuda 24/7 de la Alzheimer's Association (personal bilingüe e intérpretes): 1-800-272-3900

Guarde una copia con la carpeta y una foto en su teléfono. Pregunte a la persona que cuidó antes de compartir sus contactos.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información privada. Guárdela en un lugar seguro. No escriba en esta hoja números de Seguro Social, de Medicare, de afiliado del seguro ni de cuentas bancarias.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Necesidades de comunicación

Última actualización: _____

Para cualquier persona que pase tiempo con la persona que cuida. Llénela a mano y actualícela cada vez que sus necesidades cambien.

Nombre de la persona que cuida: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

Cómo le gusta que le llamen a la persona que cuida: _____

Idioma hablado o de señas que prefiere: _____ ¿Necesita intérprete? ☐ Sí ☐ No

AUDICIÓN Y VISTA

Audífonos: ☐ Sí ☐ No

Oído que escucha mejor: _____

Baterías / carga de los audífonos: _____

Lentes: ☐ Para leer ☐ Para ver de lejos ☐ Todo el tiempo ☐ No usa ☐ Otro: _____

NECESIDADES HABITUALES DEL HABLA O DEL LENGUAJE

CÓMO SE COMUNICA MEJOR LA PERSONA QUE CUIDA

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Hablando | ☐ Gestos | ☐ Señalando |
| ☐ Escribiendo | ☐ Dibujos / tablero de comunicación | ☐ Aparato / aplicación |
| ☐ Expresiones de la cara | ☐ Otro: | |

Cómo dice sí, no o no sé: _____

Nombre del tablero, aparato o aplicación, dónde se guarda y cómo se carga: _____

LO QUE SUELEN SIGNIFICAR SUS SEÑALES

Señal o conducta	Lo que puede significar	Lo que ayuda
	Dolor	
	Hambre	
	Sed	
	Necesita ir al baño	
	Cansancio	
	Miedo	
	Aburrimiento	
	Otro:	

Mejor hora del día para conversar: _____

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores
Página 1 de 2

Trate a la persona que cuida con dignidad; hablele a ella, no hable de ella como si no estuviera.

CONSEJOS QUE AYUDAN (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Acérquese de frente | ☐ Póngase a la altura de sus ojos | ☐ Un paso a la vez |
| ☐ Frases cortas y sencillas | ☐ Preguntas de sí/no o dos opciones | ☐ Dele tiempo para responder |
| ☐ Tono de voz tranquilo | ☐ Reduzca el ruido | ☐ Muestre en lugar de explicar |

LO QUE SE DEBE EVITAR

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|
| ☐ Discutir o corregir | ☐ Ponerle a prueba la memoria | ☐ Interrumpirla | ☐ Apresurarla |
|--|--|--|--------------------------------------|

Otro:

TEMAS QUE DISFRUTA LA PERSONA QUE CUIDA

TEMAS QUE EVITAR O QUE LE MOLESTAN

FRASES O PALABRAS QUE LE CONSUELAN

PERSONAS, MASCOTAS Y LUGARES IMPORTANTES QUE PUEDE MENCIONAR

CÓMO MUESTRA DOLOR O MALESTAR SI NO LO PUEDE DECIR

UNA BUENA CONVERSACIÓN CON LA PERSONA QUE CUIDA SE VE ASÍ:

Informe al equipo de cuidado cualquier cambio nuevo o gradual en la comunicación. Llame al 911 si de repente tiene dificultad para hablar o entender, la cara caída, debilidad en un brazo o un cambio grande y repentino en su estado de alerta. Anote la hora en que empezaron los síntomas.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Desencadenantes y señales de alerta

Última actualización: _____

Para quien pase tiempo con la persona que cuida. Llénela a mano y actualícela si algo cambia. Siga primero el plan de cuidado actual.

Nombre de la persona que cuida: _____ Contacto de emergencia y teléfono: _____

Teléfono del médico o del equipo de cuidado: _____

LO QUE PUEDE ALTERAR O ABRUMAR A LA PERSONA QUE CUIDA (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Ruido fuerte o televisión | ☐ Multitudes o visitas | ☐ Que la apresuren |
| ☐ Bañarse o vestirse | ☐ Personas o lugares desconocidos | ☐ Cambios en la rutina |
| ☐ Al final de la tarde o de noche | ☐ Cansancio | ☐ Hambre o sed |
| ☐ Dolor o malestar | ☐ Necesitar ir al baño | ☐ Demasiado calor o frío |
| ☐ Que la corrijan | ☐ Demasiadas opciones | ☐ Otro: |

Personas, lugares, temas o sonidos específicos: _____

PRIMERAS SEÑALES DE QUE SE ESTÁ ALTERANDO

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Camina de un lado a otro o inquietud | ☐ Repite preguntas | ☐ Levanta la voz |
| ☐ Se queda en silencio o se aísla | ☐ Se retuerce las manos o no se está quieta | ☐ Pide irse a casa |
| ☐ Rechaza la ayuda | ☐ Llanto | ☐ Otro: |

LO QUE SUELE AYUDAR (lo que le funciona a la persona que cuida)

Cuando pasa esto	Pruebe esto primero	Después pruebe

LO QUE SE DEBE EVITAR

- ☐ Discutir o corregir
- ☐ Levantar la voz
- ☐ Invadir su espacio
- ☐ Apresurarla
- ☐ Sujectarla o bloquearle el paso

FRASES, MÚSICA O ACTIVIDADES QUE LA CALMAN

Mantenga la calma y sea amable. Explique lo que está haciendo, pregunte antes de ayudar y dele tiempo. Su conducta muchas veces es una forma de decirnos algo.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

LO QUE ES HABITUAL EN LA PERSONA QUE CUIDO *(necesidades conocidas, no una emergencia)*

Ánimo y energía habituales: _____

Forma habitual de dormir: _____

Nivel habitual de confusión o memoria: _____

Forma habitual de caminar y equilibrio: _____

Otras conductas habituales que pueden parecer preocupantes pero son normales en ella: _____

CAMBIOS NUEVOS O GRADUALES: LLAME AL MÉDICO O AL EQUIPO DE CUIDADO

Un cambio en su forma de ser habitual puede ser señal de dolor, infección (como una infección urinaria), deshidratación, estreñimiento o un efecto secundario de un medicamento. Anote lo que ve y cuándo empezó.

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Más confusión de lo normal | ☐ Agitación o miedo nuevos | ☐ Duerme mucho más o mucho menos |
| ☐ Come o bebe menos | ☐ Cambios o dolor al ir al baño | ☐ Fiebre |
| ☐ Inestabilidad nueva al caminar | ☐ Ve u oye cosas que no están | ☐ Otro: |

A quién llamar primero y teléfono: _____

CAMBIOS REPENTINOS O GRAVES: LLAME AL 911

- Señales de derrame cerebral: cara caída, debilidad en un brazo o una pierna, dificultad para hablar o entender, problemas repentinos de vista o de equilibrio. Anote la hora en que empezaron los síntomas.
- Dolor de pecho, dificultad para respirar, o le cuesta mucho despertar o no responde.
- Una caída con golpe en la cabeza, dolor fuerte, o no se puede levantar. No la mueva a menos que esté en peligro.
- Una convulsión que dura más de 5 minutos, o una primera convulsión.
- Es un peligro para sí misma o para otros y usted no puede mantener a todos a salvo.
- No la encuentra. Busque cerca por no más de 15 minutos y luego llame al 911.

Dígale al 911 (diagnóstico, necesidades de comunicación, alergias): _____

REGISTRO DE CAMBIOS RECIENTES

Fecha	Qué cambió	A quién se le dijo / qué respondió

Esta hoja no reemplaza el plan de cuidado ni el consejo médico. Si tiene dudas, llame al equipo de cuidado. En una emergencia, llame al 911.



Página del cuidador

Última actualización: _____

Lea esto primero. Si de repente me hospitalizan, me lesiono o no estoy disponible, esta hoja les dice a los socorristas y ayudantes que alguien depende de mí y quién se hace cargo.

Soy cuidador(a) familiar. Si no puedo responder, hay alguien que depende de mí para su cuidado: la persona que cuido, en _____

Por favor, comuníquese de inmediato con las personas de abajo.

SOBRE MÍ (quien cuida)

Mi nombre: _____ Mi teléfono: _____

Mi médico: _____ Teléfono del médico: _____

Mi farmacia: _____ Mis alergias: _____

Mis medicamentos principales, o dónde está mi lista: _____

Mis condiciones de salud que los socorristas deben saber: _____

Dónde están mis propias directivas anticipadas: _____

A QUIÉN LLAMAR PARA QUE SE HAGA CARGO DE LA PERSONA QUE CUIDO (en este orden)

	Nombre	Teléfono	Parentesco	¿Tiene llave?
Primero				☐ Sí ☐ No
Segundo				☐ Sí ☐ No
Tercero				☐ Sí ☐ No

MI CONTACTO DE EMERGENCIA (para mí)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Parentesco: _____ Otro teléfono: _____

Consejo: Lleve en la cartera una tarjeta o una nota en el teléfono que diga “Soy cuidador(a)” con un contacto de respaldo, para que los socorristas sepan que deben ver cómo está la persona que cuido.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

LO QUE LA PERSONA QUE CUIDO NECESITA DE INMEDIATO SI YO NO ESTOY DISPONIBLE

¿Puede quedarse sola? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿por cuánto tiempo?

Medicamentos que le tocan y dónde se guardan:

Comidas y dieta especial:

Necesidades de seguridad (por ejemplo, riesgo de deambular o de caídas):

Otras rutinas que no pueden esperar:

Para más detalles, vea en esta carpeta la Tarjeta de información de emergencia y la hoja Guía para el cuidador suplente y rutina diaria.

MASCOTAS EN CASA

Mascotas (nombre y tipo):

Quién puede cuidarlas:

Comida, medicinas y paseos:

Nombre del veterinario:

Teléfono del veterinario:



Lista de medicamentos y alergias

Última actualización: _____

Lleve esta lista a cada cita y a la farmacia. Escriba la fecha en cada hoja que agregue. Pregunte al médico o al farmacéutico antes de empezar, suspender o cambiar cualquier medicamento.

Nombre de la persona que cuida: _____

Fecha de nacimiento (opcional): _____

Revisada por (médico/farmacéutico) y fecha: _____

Farmacia y teléfono: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

ALERGIAS Y REACCIONES (si no tiene, escriba “Sin alergias conocidas”)

Alérgeno	Tipo: medicamento / alimento / otro	Reacción

MEDICAMENTOS ACTUALES (medicamentos con receta que la persona que cuida toma ahora)

Nombre y concentración	Dosis / cómo se toma	Cuándo / con qué frecuencia	Para qué es	Quién lo recetó	Fecha de inicio	Notas

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



MEDICAMENTOS SEGÚN SEA NECESARIO (PRN)

Copie las indicaciones tal cual de la etiqueta actual o del plan de cuidado. Si tiene dudas, pregunte al farmacéutico o a quien lo recetó antes de darlo.

Medicamento y concentración	Dosis / cómo se toma	Cuándo darlo	Espera mínima / máximo en 24 horas

VITAMINAS, SUPLEMENTOS Y PRODUCTOS SIN RECETA

Nombre y concentración	Cantidad	Cuándo / frecuencia	Notas

MEDICAMENTOS SUSPENDIDOS RECIENTEMENTE

Nombre y concentración	Fecha de suspensión	Por qué se suspendió

NOTAS PARA EL EQUIPO DE CUIDADO



Nombre de la persona que cuida: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

Médico principal y teléfono: _____

Representante para decisiones médicas y teléfono: _____

Cuando pueda, copie la información de los registros o del portal del paciente. Los resúmenes de visitas, los papeles del alta y los registros de vacunas son más exactos que la memoria. Deje un espacio en blanco o escriba “no sé” en lugar de adivinar.

Medicamentos y alergias: vea la Lista de medicamentos y alergias (no se repiten aquí).

DIAGNÓSTICOS Y CONDICIONES ACTUALES

Diagnóstico o condición	Año del diagnóstico	Médico que lo trata	Notas

CIRUGÍAS Y PROCEDIMIENTOS

Qué se hizo	Cuándo	Dónde (hospital o clínica)

HOSPITALIZACIONES Y VISITAS A LA SALA DE EMERGENCIAS

Fecha	Hospital	Motivo	Resultado

APARATOS IMPLANTADOS *(marcapasos, stents, reemplazos de articulaciones, válvulas de derivación (shunts), implantes auditivos)*

Aparato	Año y en qué parte del cuerpo	Dónde está la tarjeta del aparato / notas

Seguridad para resonancia magnética (MRI): antes de cualquier resonancia o estudio de imágenes, informe al personal sobre todos los implantes y lleve la tarjeta del aparato si la tiene.

VACUNAS *(copie las fechas de los registros)*

Vacuna	Fechas en que se aplicó
Influenza (gripe)	
COVID-19	
Neumocócica (neumonía)	
Herpes zóster (culebrilla)	
Tétanos (Td o Tdap)	
Otro	

VISTA, AUDICIÓN Y DIENTES

Vista (lentes, cataratas, otro): _____

Audición (audífonos, implantes, otro): _____

Dientes (dentadura postiza, trabajos recientes, dentista): _____

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR IMPORTANTE *(si lo sabe)*

Padres, hermanos y hermanas (por ejemplo, enfermedad del corazón, diabetes, cáncer, demencia): _____

Este resumen no reemplaza los registros médicos ni el consejo médico. Confirme los detalles con el equipo de cuidado.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
 Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores
Página 2 de 2

Registro diario de cuidado / Control de síntomas

Última actualización:

Nombre de la persona que cuida: Mes/año: Contacto de emergencia y teléfono:

Estado habitual (sueño, ánimo y rango de presión de costumbre, si lo sabe):

Una línea por día para la persona que cuida, para poder responder “¿cuándo empezó esto?”. Anote arriba el estado habitual para notar los cambios. Informe al equipo de cuidado los cambios nuevos o graduales. **Llame al 911 si hay una caída y la persona puede estar gravemente lastimada o no puede levantarse, o si tiene dificultad para respirar, dolor en el pecho, o confusión o debilidad repentinas.**

Clave. Sueño: horas, o B bien, R regular, M mal. **Ánimo:** T tranquilidad, F felicidad, A ansiedad, Tr tristeza, Ag agitación, C confusión, o una palabra. **Dolor:** 0 nada a 10 el peor. **Evacuación:** S sí, N no, o una nota (suelta, dura). **Orina / ir al baño:** Bien, o una nota (accidente, dolor, más seguido). **Caída:** S o N (si es S, anótela en Notas y avise al equipo de cuidado, después de llamar al 911 si hace falta). **Signos vitales:** solo si el equipo de cuidado lo pidió.

[illegible]

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Clave. Sueño: horas, o B bien, R regular, M mal. **Ánimo:** T tranquilidad, F felicidad, A ansiedad, Tr tristeza, Ag agitación, C confusión, o una palabra. **Dolor:** 0 nada a 10 el peor. **Evacuación:** S sí, N no, o una nota (suelta, dura). **Orina / ir al baño:** Bien, o una nota (accidente, dolor, más seguido). **Caída:** S o N (si es S, anótela en Notas y avise al equipo de cuidado, después de llamar al 911 si hace falta). **Signos vitales:** solo si el equipo de cuidado lo pidió.

[illegible]

Este registro no reemplaza el consejo médico. Informe los cambios al equipo de cuidado. En una emergencia, llame al 911.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Hoja para preparar la visita al médico

Fecha de la visita: _____

Llénela antes de la visita y tome notas durante la cita. **Traiga esta hoja y su lista de medicamentos a cada visita.**

DATOS DE LA VISITA

Nombre del paciente: _____

Médico / consultorio: _____

Motivo de la visita: _____

LAS 3 PREGUNTAS O PREOCUPACIONES PRINCIPALES

1. _____

2. _____

3. _____

CAMBIOS DESDE LA ÚLTIMA VISITA (marque una opción y agregue una nota corta)

Área	Comparado con la última visita	Notas (qué, cuándo)
Memoria / pensamiento	☐ Igual ☐ Mejor ☐ Peor ☐ Algo nuevo	
Ánimo / comportamiento	☐ Igual ☐ Mejor ☐ Peor ☐ Algo nuevo	
Sueño	☐ Igual ☐ Mejor ☐ Peor ☐ Algo nuevo	
Apetito / peso	☐ Igual ☐ Mejor ☐ Peor ☐ Algo nuevo	
Caídas o lesiones	☐ Igual ☐ Mejor ☐ Peor ☐ Algo nuevo	
Cambios en evacuación, orina o ida al baño	☐ Igual ☐ Mejor ☐ Peor ☐ Algo nuevo	
Dolor u otros síntomas	☐ Igual ☐ Mejor ☐ Peor ☐ Algo nuevo	

REVISIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ACTUALES

Cambios: _____

Efectos secundarios que notó: _____

Medicamentos para resurtir: _____

DESDE LA ÚLTIMA VISITA

Otros profesionales consultados: _____

Visitas a emergencias / hospital: _____

NOTAS DE LA VISITA

Diagnósticos que se hablaron: _____

Instrucciones: _____

Cambios en los medicamentos: _____

Análisis o referidos que se pidieron: _____

PRÓXIMOS PASOS

Próxima cita (fecha y hora): _____

Con: _____

Tareas de seguimiento: _____

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Registro de citas

Las citas pasadas y próximas de la persona que cuido, en un solo lugar.

Última actualización: _____

Nombre de la persona que cuido: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

Consejo: Use la Hoja para preparar la visita al médico antes de cada cita; después, anote aquí el resultado. **Pida el resumen de la visita** (impreso o en el portal del paciente) antes de irse, y guárdelo con este registro.

PRÓXIMAS CITAS

Fecha y hora	Médico / clínica	Motivo	Dirección / teléfono	Transporte y quién va	Qué llevar / preparar ayuno, lista de medicamentos, hoja de preparación

NOTAS DE LAS VISITAS (un bloque por visita)

Fecha de la visita: _____

Médico / especialidad: _____

Motivo de la visita: _____

Qué se habló o se encontró: _____

Cambios en los medicamentos (actualice también la Lista de medicamentos y alergias): _____

Análisis que se pidieron: _____

Próximo seguimiento: _____

Preguntas para la próxima vez: _____

¿Recibió el resumen de la visita? ☐ Sí ☐ Todavía no ¿Actualizó la Lista de medicamentos y alergias? ☐ Sí ☐ Sin cambios



NOTAS DE LAS VISITAS (continuación)

Fecha de la visita: _____	Médico / especialidad: _____
Motivo de la visita: _____	
Qué se habló o se encontró: _____ _____ _____ _____	
Cambios en los medicamentos (actualice también la Lista de medicamentos y alergias): _____ _____	
Análisis que se pidieron: _____	Próximo seguimiento: _____
Preguntas para la próxima vez: _____ _____	
¿Recibió el resumen de la visita? ☐ Sí ☐ Todavía no ¿Actualizó la Lista de medicamentos y alergias? ☐ Sí ☐ Sin cambios	

Fecha de la visita: _____	Médico / especialidad: _____
Motivo de la visita: _____	
Qué se habló o se encontró: _____ _____ _____ _____	
Cambios en los medicamentos (actualice también la Lista de medicamentos y alergias): _____ _____	
Análisis que se pidieron: _____	Próximo seguimiento: _____
Preguntas para la próxima vez: _____ _____	
¿Recibió el resumen de la visita? ☐ Sí ☐ Todavía no ¿Actualizó la Lista de medicamentos y alergias? ☐ Sí ☐ Sin cambios	

Siga las instrucciones del equipo de cuidado. Si tiene dudas sobre un cambio, llame al consultorio del médico.



Ubicación de seguros y documentos Última actualización: _____

Dónde están los papeles importantes, para que cualquier persona que ayude los encuentre rápido. Llénela a mano.

Solo ubicaciones. Esta hoja indica dónde se guardan los documentos, no los documentos ni ningún número de identificación o de cuenta. No reemplaza los documentos legales, médicos ni de directivas anticipadas oficiales.

Nombre de la persona que cuida: _____ Contacto de emergencia y teléfono: _____

DOCUMENTOS IMPORTANTES (dónde se guardan, no lo que dicen)

Documento	¿Lo tiene?	Dónde está el original	Dónde hay copias (quién tiene)	A quién llamar (nombre/teléfono, p. ej., abogado)
Poder para decisiones médicas <i>o representante médico (health care proxy)</i>	☐ Sí ☐ No ☐ No sé			
Poder financiero (duradero)	☐ Sí ☐ No ☐ No sé			
Testamento vital <i>o directiva anticipada</i>	☐ Sí ☐ No ☐ No sé			
POLST/MOLST u orden DNR (de no resucitar)	☐ Sí ☐ No ☐ No sé			
Autorización HIPAA	☐ Sí ☐ No ☐ No sé			
Testamento o fideicomiso	☐ Sí ☐ No ☐ No sé			
Documentos de tutela <i>si hay</i>	☐ Sí ☐ No ☐ No sé			
Identificación con foto o licencia	☐ Sí ☐ No ☐ No sé			
Actas de nacimiento y matrimonio	☐ Sí ☐ No ☐ No sé			
Baja militar (DD-214) <i>si sirvió en el ejército</i>	☐ Sí ☐ No ☐ No sé			
Escrituras o títulos	☐ Sí ☐ No ☐ No sé			
Arreglos funerarios previos	☐ Sí ☐ No ☐ No sé			
Otro	☐ Sí ☐ No ☐ No sé			

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores
Página 1 de 2

TARJETAS DE SEGURO Y CONTACTOS

Tipo de plan	Compañía	Teléfono para miembros	Dónde se guarda la tarjeta
Seguro médico			
Medicare			
Suplementario o Medigap			
Parte D (medicamentos)			
Medicaid			
Cuidado a largo plazo			
Dental o de la vista			
Otro			

Solo números de teléfono y dónde están las tarjetas. No escriba aquí números de miembro, póliza, grupo ni identificación.

Consejo: Guarde una copia de la directiva anticipada o del POLST donde el personal de emergencias (EMS) pueda encontrarla. Dé copias al representante médico y a los médicos. Revise estos documentos después de cambios importantes de salud.

OTROS LUGARES QUE DEBE CONOCER

Dónde se guardan las facturas y los estados de cuenta:

Quién ayuda a pagar las facturas o con el papeleo (nombre y teléfono):

Dónde está la caja fuerte o la caja de seguridad del banco, y quién tiene la llave:

Dónde se guardan las copias digitales o escaneadas (sin contraseñas):

Notas:

Esta hoja indica solo ubicaciones. Para preguntas legales o financieras, consulte a un abogado o a la oficina que corresponda; para decisiones de salud, siga al equipo de cuidado.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Ubicación de facturas y cuentas

Última actualización: _____

Qué se paga, cuándo y cómo, para no olvidar ninguna factura si cambia la rutina. Llénela a mano.

Solo ubicaciones y contactos. No escriba en esta hoja números de cuenta ni de tarjeta, PIN ni contraseñas.

Nombre de la persona que cuida: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

FACTURAS QUE SE REPITEN

Factura	Vence (fecha / frecuencia)	Cómo se paga	Se paga desde (p. ej., "cuenta de cheques en el banco ____", sin números)	A quién llamar (teléfono de la compañía)
Hipoteca o renta		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Electricidad		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Gas o aceite para calefacción		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Agua o alcantarillado		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Basura		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Teléfono, internet o TV		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Celular		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Pago o seguro del carro		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Seguro de la casa o del inquilino		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Primas del seguro médico		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Impuesto a la propiedad		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Tarjetas de crédito		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Facturas médicas		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Cuidado en casa o agencia		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Suscripciones		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		
Otro		☐ Automático ☐ Cheque ☐ En línea ☐ En persona		

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas para cuidadores

INGRESOS Y DEPÓSITOS *(solo el tipo y la fecha habitual, sin números)*

Tipo	Fecha habitual del depósito	Notas (sin números)
Seguro Social		
Pensión		
Beneficios de veteranos (VA)		
Otro		
Otro		

QUIÉN AYUDA

Función	Nombre	Teléfono
Apoderado financiero (poder notarial)		
Persona de confianza que paga las facturas		
Contador o preparador de impuestos		
Otro		

DÓNDE SE GUARDAN LOS ESTADOS DE CUENTA Y LAS FACTURAS EN PAPEL

Las facturas y los estados de cuenta en papel se guardan en:

Quién recoge y abre el correo:

Quién recibe las facturas o estados de cuenta por correo electrónico (solo el nombre):

Notas:

Si llega un aviso de corte de servicio o de pago vencido: Llame a la compañía de inmediato, antes de la fecha del aviso. Pregunte por planes de pago y si podría aplicar alguna protección por certificado médico o por dificultades económicas; las reglas varían según el estado y la compañía. Su Agencia Local para Personas Mayores (Area Agency on Aging) o el 211 (llamada o mensaje de texto) pueden ayudarle a encontrar apoyo.

Esta hoja indica solo ubicaciones y contactos. Para preguntas financieras o legales, consulte a la compañía o a un profesional de confianza.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Beneficios y recursos

Última actualización: _____

Quién nos puede ayudar a la persona que cuido y a mí, y qué beneficios tener, solicitar o averiguar. Llénela a mano.

Solo nombres, teléfonos y dónde se guardan las cartas. No escriba aquí números del Seguro Social, Medicare, Medicaid, reclamos del VA, miembro, caso ni cuenta.

Nombre de la persona que cuido: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

RECURSOS LOCALES *(solo nombres y teléfonos)*

Recurso	Nombre	Teléfono	Trabajador social o contacto; para grupos, cuándo y dónde
Agencia Local para Personas Mayores (Area Agency on Aging)			
Consejero de SHIP (ayuda con seguros de salud)			
Oficina o trabajador social de Medicaid			
Coordinador de apoyo a cuidadores en el VA local <i>(si sirvió en el ejército)</i>			
Oficina local de la Alzheimer's Association			
Programa de día para adultos			
Proveedor de relevo (respite)			
Grupo de apoyo			
Comunidad de fe o voluntarios			
Ayuda legal o abogado de derecho de personas mayores			

NÚMEROS NACIONALES *(verificados en octubre de 2026; los números pueden cambiar)*

Eldercare Locator (busca su agencia local)	1-800-677-1116 · eldercare.acl.gov
Medicare	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) · es.medicare.gov En español: pida un intérprete.
SHIP: asesoría gratuita e imparcial sobre Medicare	Encuentre el SHIP de su estado en shiphelp.org
Seguro Social	1-800-772-1213 (oprima 7 para español) · ssa.gov/espanol
Línea de apoyo a cuidadores del VA	1-855-260-3274 · care giver.va.gov
Alzheimer's Association, línea 24/7	1-800-272-3900 · alz.org/espanol · personal bilingüe
988 Línea de Prevención del Suicidio y Crisis	Llame o envíe un mensaje de texto al 988, a cualquier hora En español: llame al 988 y oprima 2, o envíe AYUDA al 988.
211 (ayuda local con comida, vivienda, facturas y más)	Llame al 211 · 211.org
ARCH National Respite Locator (relevo)	archrespite.org
LIHEAP, ayuda con la energía (NEAR)	1-866-674-6327 · energyhelp.us
BenefitsCheckUp de NCOA (revisa beneficios gratis)	benefitscheckup.org

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas para cuidadores

Los requisitos varían según el programa, el estado, los ingresos y la situación. “Averiguar” quiere decir que puede valer la pena preguntar, no que la persona que cuida califique. Un consejero de SHIP, la Agencia Local para Personas Mayores o la oficina de beneficios pueden explicarle las reglas.

LISTA DE BENEFICIOS (marque una casilla por fila)

Beneficio o programa	Lo tiene	Lo solicitó	Averiguar	Dónde se guardan las cartas
Medicare	☐	☐	☐	
Programas de Ahorros de Medicare o Ayuda Adicional (Extra Help) (ayuda con los costos de Medicare)	☐	☐	☐	
Medicaid (incluye las exenciones para servicios en el hogar y la comunidad)	☐	☐	☐	
Beneficios del VA, si sirvió en el ejército (atención médica, Aid and Attendance, Programa de Asistencia Integral para Cuidadores Familiares)	☐	☐	☐	
Seguro Social o SSDI (también para condiciones de inicio temprano)	☐	☐	☐	
Seguro de cuidado a largo plazo	☐	☐	☐	
Alivio en el impuesto a la propiedad	☐	☐	☐	
Ayuda con los servicios públicos (LIHEAP)	☐	☐	☐	
SNAP (ayuda para alimentos)	☐	☐	☐	
Licencia familiar pagada o FMLA (para el trabajo del cuidador)	☐	☐	☐	
Otro	☐	☐	☐	

NOTAS (por ejemplo, próximos pasos o fechas límite de las cartas)

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores
Página 2 de 2

Guía para el cuidador suplente y rutina diaria

Fecha de la versión: _____

Para ayudantes de respaldo y cualquier persona que tome el relevo. Llénela a mano y actualícela cada vez que cambie la rutina.

Nombre de la persona que cuido: _____

Nombre que prefiere: _____

RUTINA DIARIA *(horarios, medicamentos, comidas, actividades, descanso)*

Momento del día	Medicamentos	Comidas y bebidas	Actividades, cuidado y descanso
Mañana			
Mediodía / tarde			
Noche			
Madrugada / toda la noche			

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS *(vea la lista completa de medicamentos si está adjunta)*

Medicamento	Cantidad	Cuándo	Cómo se toma / notas

Alergias (medicamentos, alimentos, otras): _____

Última actualización de la lista de medicamentos: _____

COMIDAS E HIDRATACIÓN

Comidas y bebidas favoritas: _____

Alimentos que debe evitar / necesidades de dieta: _____

Ayuda que necesita para comer: _____

Meta de líquidos, si fue indicada: _____

Notas: _____

MOVILIDAD Y CUIDADO PERSONAL

Para caminar / ayudas que usa: _____

Traslados (cama, silla, carro): _____

Ayuda y horario para ir al baño: _____

Baño / vestirse: _____

Riesgos de caídas y precauciones: _____

Notas: _____

NECESIDADES DE COMUNICACIÓN

Cómo se comunica mejor la persona que cuida:

Audición / vista / lentes / aparatos:

Palabras o frases que conviene usar o evitar:

DESENCADENANTES Y SEÑALES DE ALERTA

Cosas que pueden alterar a la persona que cuida:

Señales de que algo anda mal:

Qué hacer primero:

LO QUE CONSUELA O CALMA A LA PERSONA QUE CUIDO

Música, actividades, objetos:

Palabras o rutinas que ayudan:

El mejor lugar tranquilo:

CONTACTOS DE EMERGENCIA Y DE LA FAMILIA

Si hay peligro inmediato o una emergencia que pone en riesgo la vida, llame al 911. Después, comuníquese con las personas de abajo.

Nombre	Parentesco / función	Teléfono

Médico y teléfono:

Farmacia y teléfono:

LO QUE ME GUSTARÍA QUE SUPIERA *(sobre la persona que cuida)*

Recordatorio de privacidad: Esta hoja contiene información personal de salud. Compártala solo con quienes ayudan en el cuidado, guárdela en un lugar privado y destruya las versiones viejas cuando la actualice.



Comidas e hidratación

Última actualización: _____

Para cualquier persona que ayude a la hora de comer. Llénela a mano y actualícela cada vez que cambien las necesidades.

Nombre de la persona que cuida: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

ALERGIAS E INTOLERANCIAS A ALIMENTOS

Alimento	¿Alergia o intolerancia?	Reacción

Para alergias graves: ¿Tiene adjunto un plan de acción para emergencias? ☐ Sí ☐ No

Dónde está la epinefrina recetada: _____

ÓRDENES O RESTRICCIONES DE DIETA (si se indicaron: p. ej., textura modificada, líquidos espesados, poca sal, dieta para diabetes)

Copie las palabras exactas del plan de cuidado o de las instrucciones del profesional de salud, incluido el nivel IDDSI si se lo dieron.

Indicado/recomendado por: _____

Fecha: _____

COMIDAS Y BEBIDAS FAVORITAS

LO QUE DEBE EVITAR O NO LE GUSTA

APOYO PARA COMER

Cubiertos / utensilios adaptados: _____

Recordatorios o ayuda para preparar el plato: _____

Asiento / posición: _____

Problemas para tragar o riesgo de atragantarse: _____

Nivel de ayuda o supervisión que necesita en las comidas: _____

HORARIOS HABITUALES DE COMIDAS Y MERIENDAS

Comida / merienda	Hora habitual	Lo que suele funcionar (alimentos, lugar, compañía, ritmo)
Desayuno		
Merienda de la mañana		
Almuerzo		
Merienda de la tarde		
Cena		
Noche		

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

HIDRATACIÓN

Meta de líquidos o límite de líquidos, si fue indicado: _____ Bebidas preferidas: _____

Consejos que ayudan: _____

REGISTRO DIARIO DE COMIDAS Y BEBIDAS (cantidad que comió: nada / algo / la mayoría / todo)

Fecha	Comida / merienda	Qué comió y cuánto	Bebidas	Notas

SEÑALES DE ALERTA QUE DEBE INFORMAR AL EQUIPO DE CUIDADO

- Tos o carraspeo frecuente al comer o beber
- No quiere comer ni beber, o come o bebe mucho menos de lo normal
- Posibles señales de deshidratación, como orina oscura, boca seca u orinar menos de lo normal
- Cambios de peso, o la ropa le queda diferente

Otros cambios que he notado: _____

Llame al 911 si se está atragantando o tiene dificultad para respirar.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Movilidad y cuidado personal

Última actualización: _____

Para cualquier persona que ayude a moverse, bañarse, vestirse y con el cuidado diario. Llénela a mano y actualícela cada vez que cambien las necesidades.

Nombre de la persona que cuida: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

MOVILIDAD

Para caminar, nivel de ayuda o supervisión: ☐ Sin ayuda ☐ Vigilancia cerca ☐ Ayuda física ☐ No camina

Ayudas que usa: ☐ Bastón ☐ Andadera ☐ Silla de ruedas ☐ Otro: _____

Dónde se guardan las ayudas: _____

Notas sobre cómo camina (distancia, ritmo, qué ayuda): _____

Restricciones para apoyar peso, si fueron indicadas. Copie las palabras exactas: _____

TRASLADOS

Traslado	Nivel de ayuda	Cómo ayudar (pasos, indicaciones, qué evitar)
Cama		
Silla		
Inodoro		
Carro		
Otro:		

Siga el plan de cuidado actual o las instrucciones del terapeuta. No intente levantar ni trasladar a la persona si no tiene capacitación.

Equipo que usa, si hay: _____

Número de ayudantes necesarios: _____

RIESGO DE CAÍDAS

Caída anterior: fecha	Qué pasó

Precauciones: _____

Plan de seguridad para la noche: luces, alarmas, cama baja; barandas en la cama solo si un profesional las evaluó y recomendó. _____

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Página 1 de 2

CUIDADO PERSONAL

Explique cada paso, pida permiso y respete su privacidad durante el cuidado personal.

Área	Nivel de ayuda	Preferencias y qué ayuda
Bañarse / ducharse <i>Días, hora, temperatura del agua que prefiere, privacidad / pudor</i>		
Vestirse <i>Ropa que prefiere, qué ayuda</i>		
Arreglo personal <i>Cabello, afeitado, uñas, higiene bucal / dentadura postiza</i>		
Ayuda y horario para ir al baño <i>Productos para incontinencia que usa, si hay</i>		
Cuidado de la piel <i>Horario para cambiar de posición si fue indicado, zonas que debe vigilar</i>		

SENTIDOS Y APARATOS

Aparato	Cuidado (limpieza, carga, baterías)	Dónde se guarda
Lentes		
Audífonos		
Dentadura postiza		

CONSEJOS DE COMUNICACIÓN DURANTE EL CUIDADO *(indicaciones, paso a paso, qué decir)*

SEÑALES QUE DEBE INFORMAR AL EQUIPO DE CUIDADO

- Dolor nuevo
- Una caída, aunque no haya lesión
- Enrojecimiento o llagas en la piel
- Cambio repentino al caminar o en el equilibrio

Otros cambios que he notado:

Llame al 911 si hay una caída con una lesión grave, un golpe en la cabeza, o si la persona que cuida no puede levantarse de forma segura.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas para cuidadores

Horario de ayudantes: quién hace qué

Última actualización: _____

Quién cubre qué días, quién se encarga del transporte y los mandados, y quién ofreció ayudar. Llénela a mano, con lápiz si los planes cambian seguido.

Nombre de la persona que cuida: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

Semana de / mes: _____

Cuidador principal y teléfono: _____

COBERTURA SEMANAL (escriba un nombre en cada casilla)

Momento del día	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
Mañana							
Tarde							
Noche							
Madrugada							

TRANSPORTE Y MANDADOS

Fecha	Qué (llevarla a una cita, recoger medicinas, compras, etc.)	Quién	¿Confirmado?
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐
			☐

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



OFRECIMIENTOS DE AYUDA

Consejo: Cuando alguien le diga “avísame si necesita algo”, anote una tarea concreta que le pueda pedir.

Nombre	Teléfono	Qué ofreció	Mejores días/horas	Pedido concreto (una tarea que le puede pedir)

PLAN DE RESPALDO *(si un ayudante no puede venir)*

Llamar primero a (nombre y teléfono): _____

Después llamar a (nombre y teléfono): _____

Relevo o agencia de respaldo (nombre y teléfono): _____

Lo que un ayudante de respaldo necesita saber se guarda en (p. ej., esta carpeta, la Guía para el cuidador suplente y rutina diaria): _____

Notas:

El cuidado nos une. La ayuda pequeña y concreta suma.

Esta hoja es solo para organizar la ayuda. Para preguntas sobre el cuidado, siga al equipo de cuidado.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Lo que consuela o calma a la persona que cuido

Última actualización: _____

Lo que le da consuelo y alegría día a día, para que cualquier persona que pase tiempo con la persona que cuido pueda ayudarlo a sentirse tranquila. Llénela a mano.

Nombre de la persona que cuido: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

MÚSICA, CANCIONES Y ARTISTAS FAVORITOS

Canciones y artistas: _____

Cómo le gusta escucharla (volumen, hora del día, cantar juntos): _____

COMIDAS, BEBIDAS Y ANTOJOS FAVORITOS

Comidas: _____

Bebidas: _____

Antojos o golosinas: _____

OBJETOS QUE LE DAN CONSUELO *(cobija, foto, algo para sostener en la mano)*

Objeto: _____

Dónde se guarda: _____

Objeto: _____

Dónde se guarda: _____

Objeto: _____

Dónde se guarda: _____

ACTIVIDADES Y PASATIEMPOS FAVORITOS *(aunque sean sencillos: doblar toallas, ver fotos, cuidar plantas)*

PERSONAS Y MASCOTAS QUE LE GUSTA VER O DE LAS QUE LE GUSTA OÍR *(nombre y quién es)*

LUGARES, PROGRAMAS DE TV, PELÍCULAS O RADIO FAVORITOS

Lugares: _____

Programas de TV o películas: _____

Radio, estaciones o programas: _____

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Página 1 de 2

LO QUE LE RECONFORTA A LOS SENTIDOS *(luz suave, un aroma especial, crema, una bebida caliente, masaje en las manos)*

Lo que ayuda:

¿A la persona que cuida le gusta el contacto suave? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces Ofrezca contacto solo si lo acepta con gusto.

PALABRAS, TONO Y TRATO QUE LE DAN SEGURIDAD *(en el día a día)*

Nombre con el que le gusta que la llamen:

Tono, ritmo y trato que funcionan bien:

Para frases que calman en momentos de angustia, vea la hoja Desencadenantes y señales de alerta.

MEJORES MOMENTOS DEL DÍA Y LO QUE DISFRUTA ENTONCES

Mañana:

Tarde:

Noche:

RUTINAS QUE LE AYUDAN A TRANQUILIZARSE

Al acostarse:

Después del baño:

Otros momentos:

COSAS QUE LE HACEN REÍR O SONREÍR

COSAS QUE LE ENCANTABAN Y QUE TODAVÍA PUEDEN DARLE CONSUELO

Lo que le da consuelo puede cambiar. Fíjese en lo que funciona hoy y actualice esta hoja. Si la angustia no se calma, vea la hoja Desencadenantes y señales de alerta.



Lo que me gustaría que supiera

Última actualización: _____

Una nota de mí, el cuidador familiar, para cualquier persona que tome el relevo. Son cosas que no están escritas en ningún otro lugar.

Nombre de la persona que cuido: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

De (mi nombre): _____

Mi teléfono: _____

Escriba con sus propias palabras. Unas pocas líneas sinceras son suficientes.

Quién es la persona que cuido, en pocas palabras

Lo que quiero que sepa de ella antes de conocerla

Pequeños detalles que hacen una gran diferencia

Cosas que pueden parecer un problema pero que son normales para ella

Lo que todavía puede y le gusta hacer por sí misma *(déjela hacerlo, aunque tarde más)*

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Página 1 de 2

Cómo muestra que está contenta, cansada o incómoda

Contenta:

Cansada:

Incómoda:

Lo que querría que usted supiera sobre su dignidad y su privacidad

Lo que más me preocupa cuando no estoy

Lo que diría de sí misma, si pudiera

Qué hacer si tiene dudas

Llamar primero a (nombre y teléfono):

Después llamar a (nombre y teléfono):

Está bien preguntar. Ninguna pregunta es demasiado pequeña. En una emergencia, llame al 911.

Gracias por cuidar a la persona que yo cuido.

Firma:

Fecha:



Preferencias de cuidado

Última actualización: _____

Lo que le importa a la persona que cuida sobre su cuidado, su comodidad y su vida diaria. Llénela a mano, con ella si es posible.

Este no es un documento legal. No reemplaza una directiva anticipada, un formulario POLST o MOLST (órdenes médicas sobre tratamiento y reanimación), un poder notarial para decisiones médicas ni una orden DNR (de no resucitar). En una emergencia, llame al 911 y siga los documentos legales y al equipo de cuidado. Comparta esta página con el representante para decisiones médicas y con los médicos.

Nombre de la persona que cuida: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

REPRESENTANTE MÉDICO Y DOCUMENTOS LEGALES (solo ubicaciones)

Representante para decisiones médicas: _____

Teléfono: _____

Representante suplente, si se nombró: _____

Teléfono: _____

Documento	¿Lo tiene?	Dónde se guarda
Directiva anticipada o testamento vital	☐ Sí ☐ No	
Poder notarial para decisiones médicas	☐ Sí ☐ No	
Formulario POLST o MOLST	☐ Sí ☐ No	
Orden DNR (de no resucitar)	☐ Sí ☐ No	
Otro	☐ Sí ☐ No	

Habló con el médico sobre las metas del cuidado: fecha _____

Médico: _____

LO QUE MÁS LE IMPORTA (sobre el cuidado y la calidad de vida)

EN SUS PROPIAS PALABRAS (si puede compartirlo)

Fecha en que lo compartió: _____

Lo escribió: _____

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

COMODIDAD Y CUIDADO PERSONAL

Prefiere que el cuidado personal lo dé: ☐ Sin preferencia ☐ Una mujer ☐ Un hombre

Baño (hora del día, ducha o tina, qué ayuda):

Ropa que prefiere:

Privacidad y dignidad (por ejemplo, tocar antes de entrar, cubrir con una toalla):

DÓNDE PREFERIRÍA RECIBIR EL CUIDADO, SI ES POSIBLE

☐ En casa ☐ Con la familia ☐ Otro:

Esto no siempre es posible. El equipo de cuidado puede explicarle las opciones.

PERSONAS QUE QUIERE QUE PARTICIPEN O LA VISITEN

PRÁCTICAS DE FE, ESPIRITUALES O CULTURALES

COMIDA Y RUTINA (vea las hojas Comidas e hidratación y Guía para el cuidador suplente y rutina diaria)

Lo más importante que debe saber aquí:

SI ESTÁ EN EL HOSPITAL

Quién se queda con ella:

Objetos de consuelo que debe llevar:

Lo que le ayuda en lugares desconocidos:

LO QUE NO QUERRÍA (no médico; por ejemplo, que la apuren o ciertos programas de TV)

QUIÉN LLENÓ ESTA HOJA

Nombre y parentesco:

Fecha:

La persona que cuidó ayudó a llenar esta hoja: ☐ Sí ☐ En parte ☐ No



Historia personal / Libro de recuerdos

Última actualización: _____

Un resumen de su vida, para que los ayudantes conecten con la persona que cuidó a través de recuerdos compartidos. Llénela a mano.

Nombre de la persona que cuidó: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

Nombre con el que le gusta que la llamen: _____

Apodos: _____

Mes de cumpleaños: _____

Lugar de nacimiento o pueblo natal: _____

Consejo: Use estos datos para empezar conversaciones, no para poner a prueba su memoria. Si cuenta una historia de otra manera, siga su versión.

Foto
Pegue una foto aquí

Dónde creció y cómo era

Familia *(nombres, y quiénes son)*

Esposo/a o pareja: _____

Hermanos: _____

Hijos: _____

Nietos: _____

Mascotas que ha querido: _____

Trabajo y carrera, y los logros de los que está más orgullosa

Servicio militar *(si lo hubo)*

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Fe o vida espiritual *(si es importante para ella)*

Pasatiempos, talentos e intereses a lo largo de los años

Lugares, viajes y tradiciones favoritos

Acontecimientos y momentos importantes de su vida

Música, época y cultura con las que se identifica

Historias que le encanta contar

Formas suaves de animarla a contarlas:

Temas que le dan alegría

Temas que debe evitar o tratar con delicadeza *(por ejemplo, pérdidas)*



Información del hogar y seguridad

Última actualización: _____

Dónde están las cosas en casa, para que quien ayude a la persona que cuida actúe rápido y con seguridad. Llénela a mano.

Ubicaciones, no claves. Escriba dónde están las cosas, no claves ni contraseñas. Comparta las claves en persona o por teléfono, y solo con ayudantes de confianza.

Nombre de la persona que cuida: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

DATOS BÁSICOS DE LA CASA

Dirección: _____

Calle cercana o indicaciones para los paramédicos (EMS): _____

Las llaves de repuesto están en: _____

Quién tiene llave: _____

LLAVES DE PASO DE SERVICIOS Y TERMOSTATO (dónde encontrarlos)

Llave de paso principal del agua: _____

Caja de fusibles o breakers: _____

Llave de paso del gas: _____

Si huele a gas, salga de la casa y llame al 911 o a la compañía de gas desde afuera. No use interruptores de luz ni teléfonos adentro, y no intente cerrar el gas usted mismo.

Dónde está el termostato: _____

Temperatura habitual: _____

EQUIPO DE SEGURIDAD (dónde se guarda)

Alarmas de humo: _____

Alarmas de monóxido de carbono (CO): _____

Extintor de incendios: _____

Botiquín de primeros auxilios: _____

Linternas: _____

Luces de noche: _____

Alarmas en las puertas o sensores de movimiento: _____

Aparato o colgante de alerta médica: _____

Cómo funciona el aparato de alerta médica (botón, a quién llama): _____

NOTAS DE SEGURIDAD EN EL HOGAR PARA LA DEMENCIA

Puertas que deben estar con llave o con alarma: _____

Nunca deje a la persona encerrada con llave dentro de la casa. Asegúrese de que todos puedan salir rápido en una emergencia.

Guardado bajo llave o fuera de su alcance (marque lo que corresponda):

☐ Medicamentos

☐ Productos de limpieza y químicos

☐ Cuchillos, herramientas filosas y eléctricas

☐ Llaves del carro

☐ Alcohol

☐ Cubiertas para perillas de la estufa o apagado automático

☐ Armas de fuego, si hay: sacadas de la casa, o guardadas bajo llave y descargadas, con las municiones guardadas aparte

Dónde se guardan las cosas aseguradas, y otras notas: _____

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

PLAN SI SE DESORIENTA Y SE VA

¿La persona que cuida deambula o intenta irse de la casa? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces

Dónde hay una foto reciente: _____

Pulsera de identificación o localizador: _____

Lugares a donde podría ir (casa anterior, trabajo, iglesia, una tienda favorita): _____

A quién llamar primero (nombre y teléfono): _____

Si no la encuentra: Busque cerca por no más de 15 minutos y luego llame al 911. Diga al 911 que la persona que cuida tiene demencia, y tenga lista una foto reciente.

VECINOS DE CONFIANZA

Nombre	Teléfono	¿Tiene llave?
		☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No
		☐ Sí ☐ No

MASCOTAS

Nombre y tipo de animal	Comida y horario de alimentación	Paseos y otros cuidados

Veterinario y teléfono: _____

Quién puede cuidarlas en una emergencia: _____

PROVEEDORES DE SERVICIOS

Servicio	Nombre o compañía	Teléfono
Plomero		
Electricista		
Calefacción y aire acondicionado (HVAC)		
Persona de mantenimiento (handyman)		
Casero o asociación de propietarios (HOA)		
Otro		

Para revisar la seguridad de la casa, pregunte al equipo de cuidado si una evaluación del hogar por un terapeuta ocupacional podría ayudar. En una emergencia, llame al 911.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
 Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas para cuidadores

Lista de suministros y equipo

Última actualización: _____

Lo que usa la persona que cuida, dónde se guarda y a quién llamar para reparaciones y reabastecimiento. Llénela a mano.

Solo nombres y teléfonos de proveedores. No escriba en esta hoja números de cuenta, de miembro ni de pedido.

Nombre de la persona que cuida: _____

Contacto de emergencia y teléfono: _____

EQUIPO MÉDICO

Artículo	Dónde se guarda / notas de uso	Proveedor	Teléfono del proveedor	Alquilado o propio
Andadera				☐ Alquilado ☐ Propio
Bastón				☐ Alquilado ☐ Propio
Silla de ruedas				☐ Alquilado ☐ Propio
Cama de hospital				☐ Alquilado ☐ Propio
Silla para la ducha				☐ Alquilado ☐ Propio
Asiento elevado para el inodoro				☐ Alquilado ☐ Propio
Barras de apoyo				☐ Alquilado ☐ Propio
Grúa para levantar				☐ Alquilado ☐ Propio
Otro				☐ Alquilado ☐ Propio
Otro				☐ Alquilado ☐ Propio

OXÍGENO *(si lo usa)*

Flujo indicado (cópielo exactamente de la orden): _____

Siga la receta; no cambie el ajuste.

Proveedor de oxígeno: _____

Teléfono las 24 horas: _____

Los tanques de reserva están en: _____

No fume ni use llamas abiertas cerca del oxígeno. Mantenga los tanques de oxígeno a por lo menos 5 pies (1.5 metros) de fuentes de calor, llamas abiertas y aparatos eléctricos.

Equipo que depende de la electricidad: Si el equipo necesita electricidad, avise a su compañía de luz y tenga un plan de respaldo para los apagones. Muchas compañías tienen un registro de necesidades médicas; esto no garantiza que la luz no se corte.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com

Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Página 1 de 2

SUMINISTROS PARA INCONTINENCIA Y CUIDADO PERSONAL

Artículo	Talla o tipo	Dónde se guarda	Dónde se pide	Cuándo volver a pedir
Calzones desechables o pull-ups				
Toallas o protectores				
Protectores de cama				
Crema protectora				
Otro				
Otro				

OTROS SUMINISTROS

Artículo	Talla o tipo	Dónde se guarda	Notas
Guantes			
Toallitas húmedas			
Cuidado de la piel			
Cuidado de heridas			
Materiales para medir el azúcar (diabetes)			
Pilas para audífonos			
Otro			

CONTROL DE PEDIDOS

Artículo	Proveedor y teléfono	Cada cuánto	Último pedido	Próximo pedido

Siga las instrucciones del equipo de cuidado y del proveedor sobre el equipo y los suministros. Pregúnteles antes de cambiar la forma de usar algo.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores
Página 2 de 2

Información médica para EMS

Última actualización: _____

Datos rápidos de la persona que cuida, para paramédicos (EMS) y ayudantes. Más detalles en la carpeta.

La Carpeta de emergencia del cuidador se guarda en:

Nombre: _____

Nombre que prefiere: _____

Fecha de nacimiento: _____

Idioma: _____

Mascotas en la casa: _____

Foto reciente

ALERGIAS

☐ Sin alergias conocidas

CONDICIONES DE SALUD (marque todo lo que corresponda)

☐ Demencia o pérdida de memoria

☐ Anticoagulante

☐ Diabetes

☐ Marcapasos o desfibrilador

☐ Usa oxígeno

☐ Convulsiones

☐ Pérdida de audición

☐ Pérdida de visión

☐ Riesgo de caídas

Otras condiciones: _____

Mejor forma de comunicarse: _____

MEDICAMENTOS (lista completa: Lista de medicamentos y alergias, en la carpeta)

Medicamentos clave o de alto riesgo: _____

DIRECTIVA ANTICIPADA, POLST O DNR (solo ubicaciones)

Los formularios se guardan en: _____

Representante médico y teléfono: _____

En general, los paramédicos solo pueden seguir un DNR (no resucitar) o POLST firmado y visible; las reglas varían por estado. Téngalo a la vista.

A QUIÉN LLAMAR Y A DÓNDE IR

Cuidador(a): _____

Teléfono: _____

Contacto de emergencia 1: _____

Teléfono: _____

Contacto de emergencia 2: _____

Teléfono: _____

Médico principal y teléfono: _____

Hospital preferido: _____

Consejo: Muchos departamentos de bomberos recomiendan tener esta hoja en el refrigerador, donde los socorristas saben buscar. Pregunte en el suyo por un programa Vial of Life o File of Life.

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com
Información médica privada. Guárdela en un lugar seguro.



Más herramientas gratuitas
para cuidadores

Página 1 de 1