

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

