



Lista de verificación de cuidado – Adultos

Para estar más saludable: Lleve esta lista con usted a su próxima cita con su proveedor de cuidado primario (PCP). Es sumamente importante que usted hable con su PCP sobre cualquier pregunta o preocupación sobre su salud. Hacer preguntas puede ayudarle a ser un miembro de su equipo de cuidado de salud. Pregunte si el examen de detección o prueba es necesario. Si lo es, asegúrese de escribir la fecha en que recibió el servicio o para cuando esta programado o cuando debe hacerse cada artículo necesario. Su salud es única a usted y puede necesitar otros exámenes de detección o pruebas. Pregunte a su PCP si necesita pruebas adicionales específicas para usted.

TEMAS PARA PLATICAR CON SU PCP:

- Repaso de las condiciones diagnosticadas actualmente
- Cuanta actividad física es correcta
- Que hacer si se siente triste o deprimido(a)
- Lista de medicamentos actuales
- Las cosas que pueden afectar su habilidad de cuidar de su salud (ej. Falta de vivienda, transportación, y/o falta de comida)
- Cualquier cambio en su cuerpo
- Cualquier cambio relacionado al embebecimiento
- Su siguiente cita de seguimiento
- Portal del paciente
- Sentirse a salvo en su hogar o sus relaciones

CONOSCA SUS NUMEROS:

- Nivel de HbA1c _____
Examen de sangre para ver el nivel de azúcar
- Presión sanguínea ____/____
- Índice de masa corporal (BMI) _____
Estima el nivel de grasa en su cuerpo
- Valor de perfil de lípido/colesterol _____

CITAS:

- | | |
|--|-------------------------------|
| | Fecha recibida/
programada |
| <input type="checkbox"/> Examen físico anual | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de la visión
<i>Incluyendo examen de ojo dilatado</i> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Examen dental | <input type="text"/> |

VACUNAS:

- Vacuna de neumonía

- Vacuna de gripe anual
- Vacuna de culebrilla
- Virus papiloma humano
- Tdap o Td (cada 10 años)
(Tétanos, difteria y tos ferina)

EXAMENES Y PRUEBAS:

- | | |
|--|-------------------------------|
| | Fecha recibida/
programada |
| <input type="checkbox"/> Examen de cáncer colon rectal | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Examen de colesterol | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Examen de hepatitis C | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Examen de diabetes
<i>Para aquellos que no tienen diabetes</i> | <input type="text"/> |

PARA LOS QUE TIENEN DIABETES:

- Examen de pie
- Examen de HbA1c
- Examen del riñón

INFECCIONES DE TRANSMICION SEXUAL:

- Detección de clamidia
- Detección de gonorrea
- Detección de HVI

Para HOMBRES:

- | | |
|--|-------------------------------|
| | Fecha recibida/
programada |
| <input type="checkbox"/> Detección de cáncer de próstata
<i>Confirme con su proveedor</i> | <input type="text"/> |

Para MUJERES:

- Mamografía
- Medida de masa ósea
- Examen de cáncer cervical
Examen Papanicolaou