

- I understand what symptoms I need to watch out for and whom to call should I notice them.  
*Entiendo qué síntomas necesito notar y a quién llamar si los noto.*
- I understand how to keep my health problems from becoming worse.  
*Entiendo cómo prevenir que mis problemas de salud se empeoren.*
- My doctor or nurse has answered my most important questions prior to leaving the facility.  
*Mi doctor o enfermera ha contestado mis preguntas más importantes antes de dejar la facilidad.*
- My family or someone close to me knows that I am coming home and what I will need once I leave the facility.  
*Mi familia o alguien cercano a mí sabe que estoy de regreso a casa y qué necesitaré una vez que deje la facilidad.*



This tool was developed by Dr. Eric Coleman, UCHSC, HCPR, with funding from the John A. Hartford Foundation and the Robert Wood Johnson Foundation. Spanish translations and additional material developed by TMF Health Quality Institute.

This material was prepared by TMF Health Quality Institute, the Medicare Quality Improvement Organization for Texas, under contract with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), an agency of the U.S. Department of Health and Human Services. The contents do not necessarily reflect CMS policy. 9SOW-TX-CT-09-14

## Personal Health Record of *Registro Personal de la Salud de*

---

Name/*Nombre*

If you have questions or concerns, contact  
*Si tiene preguntas o preocupaciones, notificar a*

---

at this telephone number  
*al numero de teléfono*

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**REMEMBER to take this record with  
you to ALL your doctor visits.**

***RECUERDE de llevar este registro con  
usted a TODAS la visitas de doctores.***

**Personal Information/Información Personal:**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

Home Telephone/Teléfono-Hogar: \_\_\_\_\_

Alternate Telephone/Teléfono-Alternativo: \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Main Doctor (PCP)/Doctor principal (PCP): \_\_\_\_\_

Other Doctors/Otros doctores:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Caregiver & Family Information**

**Información de la persona que lo cuida (ayudante):**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Home Telephone/Teléfono-Hogar: \_\_\_\_\_

Alternate Telephone/Teléfono-Alternativo: \_\_\_\_\_

Relation to Patient/Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

**Yes, I have/Sí, tengo**

- Advance Directives/Directiva anticipada de atención de la salud
- Living Will/Testamento de Vida
- Durable Power of Attorney for Health Care/Poder Judicial Duradero de atención médica

These documents are located/Estos documentos se localizan:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hospital Discharge List/Lista de la descarga del hospital**

**Before I leave the care facility, the following tasks should be completed:**

*Antes de que deje la facilidad médica, las tareas siguientes deben ser terminadas:*

- I have been involved in decisions about what will take place after I leave the facility.  
*He estado implicado en decisiones sobre qué ocurrirá después de que deje la facilidad.*
- I understand where I am going after I leave this facility and what will happen to me once I arrive.  
*Entiendo adonde voy después de que deje esta facilidad y qué me sucederá una vez que yo llegue.*
- I have the name and phone number of a person I should contact if a problem arises during my transfer.  
*Tengo el nombre y el número de una persona que debo estar en contacto si un problema se presenta durante mi transferencia.*
- I understand what my medications are, how to obtain them and how to take them.  
*Entiendo cuáles son mis medicinas, cómo obtenerlas y cómo tomarlas.*
- I understand the potential side effects of my medications and whom I should call if I experience them.  
*Entiendo los efectos secundarios potenciales de mis medicinas y a quién debo llamar si ocurren.*

Continued/Continuado →



