|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  **Pasaporte COVID – 19:** |  **Su Nombre Aquí** |
| **(Vea al reverso para el perfil de cuidado de salud centrado-en la persona)** |

Nota: La Información en esta forma puede no estar completa

|  |
| --- |
| **PERSONAL INFORMATION** |
| **Nombre** | **(Sobrenombre)** | **Apellido** | **Fecha de Nacimiento o edad** |
|  |  |  |  |
| **Dirección**  | **Ciudad, Estado, Código Postal** |
|  |  |
|  **Contacto para emergencias** | **Teléfono /Correo electrónico de Contacto para emergencias**  |
|  |  |
| **Padre/Representante Legal** | **Padre/ Representante Legal Teléfono/Correo electrónico** |
|  |  |
| **Información del Seguro** |  **Información de la Farmacia (La que más usa)** |
|  |  |
| **Proveedor Primario de Cuidado/Información de Contacto** | **Especialista/ Información de Contacto** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **SíNTOMAS ACTUALES/ FACTORES DE RIESGO** |
| **Síntomas de COVID 19 Actuales (Marcar todos los que apliquen)** | **Fecha de Inicio** | **Factores de Riesgo (Marcar todos los que apliquen)** | **Factores de Riesgo (Marcar todos los que apliquen)** |
|  Temp. de más de 100.4 ° F |  |  Residente de cuidados a largo plazo |  Cancer |
|  Tos Seca |  |  Transplante |  Edad 65 o más |
|  Malestar/Fatiga |  |  EPOC/Emfisema/Asma |  Embarazada |
|  Dificultad para respirar |  |  Actual/Anterior Fumador |  Obesidad Severa |
|  Congestión Nasal |  |  Enfermedad del Hígado |  HIV/AIDS |
|  Diarrhea |  |  Discapacidad Intelectual |  Enfermedad del riñón |
|  Perdida del olfato/sabor |  |  Desorden Neurológico |  Vagabundo |
|  Dolor de garganta |  |  Enfermedad del Corazón |  Bronquitis Crónico |
|  Bajo oxígeno en la sangre |  |  Uso de Corticosteroides |  Otro |
|  Dolor de cabeza |  |  Enfermedad Mental/uso de sustancias |  Otro |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LISTA DE CONDICIONES DE SALUD** | **LISTA DE MEDICAMENTOS** | **ALERGIAS** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  LA PERSONA TIENE ORDEN DE NO RESUCITACIÓN (DNR) – Ubicación de documento y/o información de contacto si se sabe: |
|  LA PERSONA TIENE UNA DIRECTIVA AVANZADA – Ubicación de documento y/o información de contacto si se sabe: |
|  LA PERSONA TIENE DIRECTIVA AVANZADA PSIQUIÁTRICA u otra Herramienta de Planeación de Crisis Avanzada y/o ha designado un Representante de toma de decisiones de Cuidado de Salud – Ubicación de documento y/o información de contacto si se sabe:  |