|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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: |