

# Plan de Salud de \_\_\_\_\_

Estamos comprometidos a brindarle la mejor experiencia de atención médica posible, y agradecemos sus comentarios. Este formulario nos ayudará a entender sus objetivos de salud.



## Lo que más te importa:

- |  |   |                                   |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Salud/Bienestar | <input type="checkbox"/> Tomar mis medicamentos para mantenerme saludable |                                   |
| <input type="checkbox"/> Salud sexual    | <input type="checkbox"/> Familia  | <input type="checkbox"/> Amigos   |
| <input type="checkbox"/> Finanzas        | <input type="checkbox"/> Seguridad Laboral                                | <input type="checkbox"/> Vivienda |
| <input type="checkbox"/> Estar contento  | <input type="checkbox"/> Amor   | <input type="checkbox"/> Estigma  |
| <input type="checkbox"/> Otro _____      |   |                                   |

## ¿Qué objetivos tienes en mente?

---

---

---

---

## ¿Cómo podemos ayudarte a alcanzar tus objetivos?

---

---

---

---

## Quiero que el proveedor y la enfermera que trabajan conmigo sepan que tengo desafíos con (seleccione a continuación):

- |                                     |   |                                   |
|-------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Visión                       | <input type="checkbox"/> Audición |
| <input type="checkbox"/> Movilidad  | <input type="checkbox"/> Inglés como segundo lenguaje |                                   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ |   |                                   |

## Tengo problemas con mi dieta:

- Sí       No

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

---

## Vivo:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Solo            | <input type="checkbox"/> Pareja/Cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Familia extensa | <input type="checkbox"/> Otros          |

## Aprendo mejor por (seleccione a continuación):

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Leyendo                  | <input type="checkbox"/> Hablando                        | <input type="checkbox"/> Mirando fotos o videos |
| <input type="checkbox"/> Escuchando una grabación | <input type="checkbox"/> Cuando me muestran cómo hacerlo |   |

## ¿Tengo acceso a Internet?

- Sí       No

## ¿Tienes un teléfono inteligente?

- Sí       No

## ¿Tienes una computadora?

- Sí       No

## ¿Puede acceder al Portal del Paciente?

- Sí       No

## ¿Sabes cuándo es tu próxima cita?

- Sí       No

## ¿Conoce los nombres de su equipo de atención, incluyendo su proveedor médico, enfermera, asistente médico, compañero u otros?

- Sí       No

## Sabes qué medicamentos te han recetado?

- Sí       No

En caso de ser así, escriba los nombres:

---

---

---

## ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos?

- Sí       No

¿Hace cuánto tiempo?

\_\_\_\_\_ semanas/meses/años (círculo)

En caso de ser así, ¿puede mencionar las razones?

---

---

## ¿Conoces los resultados de tu último laboratorio de carga viral?

- Sí       No

## ¿Te sientes competente para conocer los resultados de tu laboratorio?

- Sí       No

## ¿Conoce los resultados de otros laboratorios recientes o evaluaciones de salud?

- Sí       No