**Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Plan de acción para RN: Comunicación con el proveedor de atención médica**

|  |
| --- |
| **Área problemática objetivo:**  |
| **Por qué puede ocurrir el problema:** *
*
*
*
 |
| **Meta(s) objetivo:**  |

**ESTRATEGIAS**

**Afrontamiento**

|  |
| --- |
| **QUÉ HACER:** |
| * Anote las preguntas que tenga antes de la cita
 |
| * Lleve un registro de sus afecciones de salud y lista de sus medicamentos
 |
| * Lleve su pasaporte de salud a las citas
 |
| * Lleve a un amigo o familiar a las citas (pueden tomar notas)
 |
| * (Otros):
 |
| * (Otros):
 |
| * (Otros):
 |

**Prevención**

|  |
| --- |
| **QUÉ HACER:** |
| * Informe a su médico si se ha caído
 |
| * Informe a su médico si tiene dolor o molestias
 |
| * Informe a su médico si está tomando vitaminas, medicamentos sin receta o remedios caseros
 |
| * (Otros):
 |
| * (Otros):
 |
| * (Otros):
 |

**PRÁCTICA**

Según lo que hemos hablado, está dispuesto a intentar:

* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si una idea no funciona a la primera, inténtelo de nuevo (y de nuevo).

Es posible que hagamos algunos cambios en las próximas sesiones, basados en su funcionamiento.

Enfermera titulada Fecha