



Forma de Interés Personal

Use este formulario para proporcionar información que le gustaría añadir a su dispositivo permanente.

Tenga en cuenta: cualquier personalización realizada durante su prueba se transfiere automáticamente. No es necesario agregarlo a este formulario.

Sección I: Sobre mi

Mi nombre es _____

Mi apodo es _____

Mi número de teléfono es _____

Mi correo electrónico es _____

Mi cumpleaños es _____

Mi edad es _____

Mi dirección es _____

Mi ocupación es/era _____

Mi afiliación religiosa es _____

Sección II: Información médica

El contacto de emergencia

Mi contacto de emergencia es _____ Relación _____

Número de teléfono _____

Alergias

Cosas que me causa alergias (Ejemplos: comidas, medicaciones):

Mis preocupaciones de salud

Mis condiciones físicas/preocupaciones de salud (Ejemplos: diabetes, afasia, disfagia, apnea del sueño):

Equipos médicos que uso (Ejemplos: silla de ruedas, andador, aparato del oído, marcapasos, rodilleras):

Mis medicamentos

Mis medicamentos/usos (Ejemplos: aspirina/anticoagulante, omeprazol/reflujo ácido, estatinas/colesterol):

Doctores y hospitales

Mis Doctores / Especialidades (Ejemplos: Dr. Jones/Atención primaria; Dr. Smith/Cardiólogo):

Mi hospital primario es: _____

Sección III: Comida

Cosas que me gusta comer:

Cosas que me gusta beber:

Alergias y aversiones alimentarias

Alimentos que me causa alergias (Ejemplos: maní, huevos, mariscos):

Alimentos que no puedo comer (Ejemplos: sal, carne roja, productos lácteos):

Alimentos que no me gusta comer:

Sección IV: Personas

Familia

Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____

Amigos

Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____

Otras personas importantes

Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____
Nombre _____	Relación _____	M__F__	Edad _____

Mis mascotas

Nombre _____	Tipo _____
Nombre _____	Tipo _____
Nombre _____	Tipo _____
Nombre _____	Tipo _____

Sección V: Lugares

Restaurantes

Nuestros restaurantes favoritos son:

Compras

Mis lugares favoritos para comprar son:

Otros lugares a donde voy (Ejemplos: el cine, la iglesia, el bingo, visitar familia, terapia del lenguaje):

Sección VI: Actividades

Cosas que me gusta hacer

Pasatiempos (Ejemplos: leer, caminar, mirar televisión):

Otras actividades que hago a lo largo del día (Ejemplos: cepillar los dientes, alimentar al perro, tomar una siesta, comer desayuno):

Sección VII: Frases importantes

Frases importantes para comunicarme con los demás (Ejemplos: "Te amo," "¿Que tal tu día?", "Ya alimenté al perro," "Gracias por su visita"):

Sección VIII: Cosas con las que necesito ayuda

Cosas con las que necesito ayuda durante todo el día (Ejemplos: "Por favor, ayúdame a levantarme," "Por favor, ayúdame a cepillar mi cabello," "Por favor, enciende la televisión para mí," "¿Puedes ayudarme a meterme en la cama?"):