

PLAN DE MEJORA DE SALUD CENTRADO EN EL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

LENGUAJE PRIMARIO

¿SE NECESITA INTÉRPRETE? _____ SÍ _____ NO

INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN:

El paciente puede llamar a la oficina al (256) 891-0300 cuando necesite ayuda o usar el portal del paciente para asuntos no urgentes.

INFORMATION ON CARE PLANNING AND CARE COORDINATION:

llamar a la oficina al (256) 891-0300 y...

Solicite REFERENCIAS: si necesita información sobre la aprobación del seguro de la derivación o cómo se hará la cita.

Solicite el COORDINADOR DE CUIDADO: si necesita información sobre educación, recursos, resultados de exámenes, necesidades de equipos o necesidades especiales de alimentación.

MIEMBROS DEL EQUIPO DE CUIDADO PRIMARIO:

PROVEEDOR PRIMARIO:

COORDINADOR CUIDADO:

REFERENCIAS:

DIAGNÓSTICO:

OBJETIVOS DE AUTOGESTIÓN:

1. OBJETIVO 1:

2. OBJETIVO 2:

3. OBJETIVO 3:

PASOS DE ACCIÓN (pasos a corto plazo que está listo y dispuesto a tomar para alcanzar los objetivos):

1. PASO 1:

2. PASO 2:

3. PASO 3:

