



Una Guía de autodefensa contra **COVID-19**

Parte 4: Formulario de información médica sobre COVID-19 para personas con discapacidades

Este formulario le ayuda a pensar sobre el apoyo que necesita si tiene que permanecer en el hospital. Muchos hospitales tienen nuevas reglas para mantener a las personas seguras durante el brote del coronavirus. Su hospital puede decir que usted no puede recibir visitas. Llene este formulario con su equipo. Le ayudará a defender sus derechos. Puede ayudarle a obtener el tratamiento médico y el apoyo que necesita.

Formulario de información médica sobre COVID-19 para personas con discapacidades

Soy una persona con discapacidad.

Lea esto antes de ayudarme.

Mi nombre: _____

Me gusta que me llamen: _____



Me comunico por los siguientes medios:

(marque todas las opciones que correspondan)

- Hablar
- Escribir a mano o en un dispositivo
- Imágenes
- Lengua de señas
- Señalar palabras
- Usar un dispositivo

Describe: _____

Si no me comprende, llame a:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre de mi médico: _____

Teléfono de mi médico: _____



Mi reacción típica a un examen médico:

- Coopero
- Tengo miedo
- Intento detener lo que se está haciendo

No me gusta cuando los médicos o enfermeros (describa): _____

Me gusta cuando los médicos o enfermeros (describa): _____

Problemas de salud por los que voy al médico (por ejemplo, diabetes, convulsiones, tabaquismo, problemas de corazón): _____

Los medicamentos que uso actualmente: _____



Soy alérgico a: _____



Podría molestarme (por ejemplo, si me tocan, si hay ruido, si hay luz, los olores): _____

Si me molesto, la mejor manera de ayudarme es la siguiente: _____

Si siento dolor, lo demuestro de la siguiente forma: _____

**Otorgar
su
consentimiento**

- Soy mi propio tutor Tengo un tutor
- Tengo una persona que es responsable de tomar mis decisiones como sustituto
- Tengo un equipo que me ayuda a tomar mis



Alerta de defensa: Muchos hospitales no permiten que los pacientes tengan visitas debido al COVID-19.

Hable con su equipo. Piense sobre el apoyo que necesita si tiene que permanecer en el hospital. Diga en el hospital,

“Tengo una discapacidad. Si tengo que permanecer en el hospital”:

- Puedo quedarme solo en el hospital.
- Puedo quedarme solo si cuento con ayuda continua por teléfono al recibir los partes médicos o al tener que tomar decisiones. Necesito la asistencia telefónica de
Nombre: _____ Teléfono: _____
- No puedo quedarme solo en el hospital. Debo tener una persona de apoyo al paciente para que me ayude a defenderme, comunicarme, comprender o atenderme.



To Para proteger sus derechos en Vermont, llame al 1-800-834-7890. Deje un mensaje. Diga su nombre y el hospital en el que está. El personal de Disability Rights Vermont lo llamará lo antes posible.

Si tiene instrucciones anticipadas o un testamento en vida, lleve una copia al hospital.

Si no tiene un testamento en vida, piense en lo que quiere.

1. Si no puede respirar, ¿desea que una máquina le ayude a respirar?
 - ¿Lo desea en absoluto?
 - ¿Usted quiere intentar ver si eso podría ayudarlo?
 - ¿Usted desea usarla todo el tiempo que la necesite?
2. Si su corazón se detiene, ¿desea que su médico intente que funcione otra vez haciéndole presión en el pecho, utilizando medicamentos y con descargas eléctricas?
3. Si no puede comer o beber como lo hace habitualmente, ¿desea que le den alimentos y agua a través de un tubo al estómago o en una vena?



Este formulario puede ayudarle a obtener el apoyo que necesitaría si tuviera que internarse en el hospital.