

# Mantenga con Usted

## Forma de Información Médica Personal

En una situación de emergencia, las personas quizás no puedan obtener sus archivos médicos. La forma “**Mantenga con Usted**” (“**Keep It With You**”, **KIWY**, por sus siglas en inglés) es un documento médico voluntario y temporal con una lista de tratamientos médicos y con otra información de salud para personas que necesitan cuidado durante desastres o situaciones similares. Es importante que proveedores de cuidado médico tengan una forma sencilla y confiable para conocer información sobre inquietudes médicas en el pasado o presente de las personas recibiendo ayuda.

### **Direcciones:**

Favor de imprimir el lado 1 & 2 de la Forma de Información Médica Personal (KIWY). La forma KIWY debe ser copiada en una sola hoja por ambos lados.

Por favor complete lo más que pueda en la forma. No importa si usted no completa todos los espacios. Tal vez usted quiera usar un lápiz para escribir, por si la información que puede cambiar, como su dirección. Alguna de la información la llenará el proveedor de atención médica, como el “Diagnóstico Actual” y las “Visitas al Proveedor”. Si usted tiene una tarjeta de vacunas con la lista de las vacunas que usted se ha puesto recientemente, favor de graparla a la forma KIWY.

La forma KIWY se puede doblar y colocar en una bolsa plástica para su protección.

### **Para Trabajadores de la Salud:**

La intención de la forma KIWY no es el reemplazar el archivo médico original o electrónico, solo es una herramienta provisional de comunicación para asistir a los individuos a manejar un sistema de apoyo temporal posiblemente complejo, de vivienda, y servicios médicos. Se invita a los médicos a adaptar el formato y contenido, como les sea necesario para servir mejor la situación específica, población, y necesidades de cuidado médico. La intención de esta forma provista es de servir como una herramienta básica, proveyendo un marco para una mejora específica.

Se sugiere que los proveedores médicos **fotocopien** el documento después que el individuo recibe cuidado, para llevar un archivo de quién fue visto y que tratamiento recibió. La **persona debe mantener la forma** original mientras sea desplazado. La forma puede servir como un resumen interino hasta que el cuidado normal pueda ser resumido.

Por favor imprima las siguientes páginas y **Mantenga con Usted**.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección Temporal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Localidades de previo(s) centro(s) de evacuación:  
Centro: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Número de ID/número de caso (si está disponible):  
\_\_\_\_\_

Padres/Guardian/Otra persona de apoyo:  
Nombre: \_\_\_\_\_  
# de teléfono u otro teléfono de contacto: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Actual:**

**Alertas:**

Doctor o clínica antes de la evacuación (si lo sabe)  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**Alergias:**

**Medicamentos Actuales**

