

## ¿Qué debes traer?



Una lista de tus medicamentos



Una lista de las preguntas que quieres hacer al doctor



Tarjeta de identificación y/o de seguro médico



El formulario: Sobre Mi (esta abajo)

## ¿Qué puede pasar cuando llegues al doctor?



El lugar donde te hagan la prueba se puede ver distinto.



Puede que te detengan en la entrada para hacerte preguntas.



El doctor que te atienda tendrá puesto equipo que lo proteja del COVID-19 y puede ser él o ella que te haga la prueba.

## Cuando el doctor me haga preguntas sobre mi



Le puedes decir que estas nervioso



No te sientas apurado, toma el tiempo que necesites para explicar lo que te pasa



Comparte el formulario: Sobre Mi. (esta abajo)

## ¿Qué puede pasar durante el examen médico y la prueba de COVID-19?



El doctor necesitara insertar y mover un hisopo largo en tu nariz por 15 segundos. Esto va a pasar en ambos lados de la nariz.



Puede que te pidan que te muevas de un lado a otro para ver tu pecho desde diferentes lados. Que te tomen radiografías no suele doler.

## Si tu prueba de COVID-19 es positiva, ¿qué pasa después?



Quizás tengas que quedarte en el hospital para que te ayuden.



Puede que te pidan ir a casa y que evites contacto con otras personas.



No tengas miedo de preguntar a tu doctor si no entiendes algo.

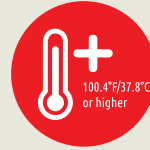
**Creo que tengo coronavirus porque tengo estos síntomas:**



**TOS**



**PROBLEMAS  
PARA RESPIRAR**



**FIEBRE**



**DOLOR DE  
CABEZA**



**ESCALOFRÍOS**



**TEMBLORES  
CON  
ESCALOFRÍOS**



**DOLOR EN  
LOS  
MÚSCULOS**



**GARGANTA  
IRRITADA**



**PERDÍ EL  
OLFATO O  
EL SABOR**

**También tengo estos síntomas:**

**¿Has estado cerca de una persona con coronavirus?**

**SI**

**NO**

**NO SÉ**



**¿Hay algún doctor que debemos contactar para tus resultados y seguimiento?**

**NOMBRE DEL DOCTOR:**

**NUMERO DE TELÉFONO:**

**CORREO ELÉCTRONICO:**

Este formulario es para poder comunicarme mejor contigo, mi doctor.  
Gracias por cuidar de mi hoy.

## INFORMACIÓN SOBRE MÍ Y TOMA DE DECISIONES

**NOMBRE:**

**DIRECCIÓN:**

**MI TELÉFONO:**

**NOMBRE CONTACTO DE EMERGENCIA:**

**NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO:**

Puedo tomar mis propias decisiones sobre mi estado de salud:      Si      No

No, esta es la persona que me apoya en la toma de decisiones sobre mi salud:

Esta persona es mi:    Familia    Cuidador    Otro

Para contactar a esta persona, favor llamar:

Yo vivo:    Solo                      Con mi Familia                      Con mi Cuidador                      Con compañeros de cuarto  
                    En un hogar grupal                      Otro

## ALGUNAS FORMAS DE AYUDARME A MANTENER LA CALMA Y ENTENDER MEJOR

Hablar lento	Fotos me ayudan:	Si	No
Escribir las cosas	Las luces brillantes me molestan:	Si	No
Usar lenguaje de señas	Mucho ruido me molesta:	Si	No
Usar una aplicación de voz			
Hablar con mi cuidador también			
Otro			

Explica por qué viniste al doctor (habla sobre tus síntomas)

Tienes alguna enfermedad o condición que te hace ir al doctor?      Si      No  
Cuáles son?

¿Tomas medicamentos en casa todos los días?      Si      No  
Con receta médica?      No  
Si, lista los nombres y la dosis que tomas

¿Sin receta médica?      No  
Si, lista los nombres y la dosis que tomas

¿Tienes alergia a medicamentos?      No  
Si, listalos