

## FORMULARIO DE DISCAPACIDAD COVID-19

Por favor, responda las preguntas de este formulario para ayudar a los médicos a brindarle el tratamiento médico adecuado, en caso de que necesite ir al hospital por síntomas relacionados con COVID-19. Complete tantas preguntas como sea posible.

¿Cuál es su nombre? \_\_\_\_\_

¿Este formulario lo está completando otra persona que no sea usted?  sí  no

tutor legal  asistente o miembro del personal  miembro de la familia  otro

Si marcó sí, ¿cuál es el nombre de la persona? \_\_\_\_\_ Relación con usted \_\_\_\_\_

¿Recibe o ha recibido servicios de Texas Health and Human Services, Intellectual and Developmental Disability Services, Star Plus, Star Kids o Star Health?  sí  no  No lo sé

\*\*\* Nota para los médicos: esto significa que pueden existir leyes especiales para protegerme y se debe seguir un proceso especial si mi encargado de tomar decisiones /tutor habitual solicita retener o retirar el tratamiento para mantener la vida. Consulte con el trabajador social el departamento de gestión de riesgos de su institución para asegurarse de que se esté siguiendo el proceso adecuado.

¿Cómo se comunica mejor? (marque todo lo que corresponda)

- Hablar  escribir o tipear cosas  
 Imágenes  Uso del lengua de señas  
 Señalar palabras  Usar una aplicación de voz  
 No puedo comunicarme de forma que usted pueda entenderme, por favor pregúntele a mi familia, personal o tutor (marque la persona con un círculo)  
 Otro (por favor describa) \_\_\_\_\_

¿Necesita algo que le ayude a comunicarse?

(Por ejemplo, dispositivos de asistencia)  no

sí (por favor describa) \_\_\_\_\_

¿Alguien le ayuda a comunicarse?  no

sí, nombre de la persona \_\_\_\_\_

¿Utiliza algún dispositivo de asistencia para movilizarse?  no

sí enumere el/los dispositivo/s \_\_\_\_\_

¿Tiene algún factor desencadenante (por ejemplo, ser tocado, algún trauma, los médicos de un género en particular, ruidos, iluminación, olores, texturas)?

¿Cuál es su respuesta a los factores desencadenantes?

¿Cuál es la mejor forma de recibir ayuda cuando se activa el desencadenante?

¿Cuál es su respuesta típica a un examen médico?

- Coopera total o parcialmente  Temeroso  
 Agresivo  Resistente

Me gusta cuando los profesionales de la salud (por favor describa)

No me gusta cuando los profesionales de la salud (describa)

¿Tiene algún problema médico, psiquiátrico o físico que ir al doctor por?  sí  no

¿Qué son?

Indique el nombre del médico con el que le gustaría contactarse si se encuentra en el hospital.

Nombre \_\_\_\_\_

Número telefónico \_\_\_\_\_

¿Existen diagnósticos, problemas médicos o comportamientos que debamos considerar como precauciones? (p. ej., agresión, mordedura, pica, riesgo de aspiración):

¿Existen modificaciones específicas que puedan ayudar con estas p recauciones?

¿Tiene convulsiones?  no

sí, enumere el tipo y la frecuencia \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento en casa diariamente?  sí  no

¿Por prescripción médica?  no

sí, enumere los nombres y la dosis \_\_\_\_\_

¿En el mostrador?  no

sí, enumere los nombres y la dosis \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia?  no, no lo sé

sí, por favor enumere \_\_\_\_\_

¿Usa tabaco ( por ejemplo, cigarrillos, puros o tabaco de mascar)?

sí, indique \_\_\_\_\_ con qué frecuencia \_\_\_\_\_

no

¿Usa alcohol?  no

sí ¿Cuánto toma en una semana? \_\_\_\_\_

¿Toma otras drogas (por ejemplo, marihuana, cocaína u opiáceos)?

sí, por favor enumere \_\_\_\_\_

no

¿Con quién podemos hablar sobre problemas médicos si no puede responder preguntas?

Nombre \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene un acuerdo de toma de decisiones respaldado? En caso afirmativo, díganos el nombre y el número de teléfono de la persona de apoyo que figura en la lista.

Nombre \_\_\_\_\_

Número telefónico \_\_\_\_\_

¿Tiene un agente de atención médica o un poder notarial?  no

sí, Nombre \_\_\_\_\_

Número telefónico \_\_\_\_\_

Yo vivo (marque una casilla):

Solo

Con mi familia

Con compañeros de cuarto

En una casa de grupo

Vida con apoyo

Asilo de ancianos

Otro (por favor describa) \_\_\_\_\_

¿Alguien que conoce tiene COVID-19?  sí  no

No lo sé

¿Cuándo le dijeron que la persona tiene COVID-19? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la última fecha que vio a esta persona? \_\_\_\_\_

Capacidad de consentimiento

Guardián capaz/ propio

Responsable sustituto de la

toma de decisiones

Tomador de decisiones avalado

Tutor/Custodio

¿Cómo se decidió esto? \_\_\_\_\_

Otro, por favor describa \_\_\_\_\_

Para pacientes que son sus propios tutores/tienen capacidad:

¿Tiene (marque todo con un círculo) 1) una directiva anticipada  2) un agente de atención médica  /POA  3) un testamento en vida  4) un formulario MOST?

Si es así, traiga una copia de cada documento al hospital.

Si mientras está en el hospital no puede respirar por su cuenta, ¿quiere una máquina que le ayude a respirar? (Ventilación mecánica)

¿Usted no lo desea en absoluto?

¿Quiere una prueba para ver si está ayudando?

¿Lo quiere todo el tiempo que sea necesario?

Si mientras está en el hospital su corazón se detiene, ¿quiere que su médico intente resucitarlo presionando su pecho, con medicamentos y descargas eléctricas? (Reanimación)  sí  no

Si no puede comer o beber como lo hace normalmente, ¿quiere que le den comida líquida y agua a través de un tubo en el estómago o en una vena? (Nutrición/hidratación artificial)  sí  no

Protegeremos su privacidad. Díganos con quién quiere que hablemos sobre su atención.

1. Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

2. Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

3. Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

4. Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

Este documento y la información que contiene es solo para fines informativos generales y no se debe utilizar como base para ninguna decisión médica, legal o comercial. Cualquier confianza depositada en dicha información será por cuenta y riesgo del usuario.

Este formulario fue adaptado de uno creado por la Universidad de Stony Brook, disponible en <https://you.stonybrook.edu/disabilitycovid19forms/2020/04/08/preparing-individuales-con-discapacidades-del-desarrollo-intelectual-para-tratamiento-médico-en-hospitales/>

Para obtener ayuda con su comprensión y el ejercicio de sus derechos, comuníquese con Disability Rights Texas Durante la emergencia de COVID 19, las oficinas de Disability Rights Texas están cerradas, pero nuestro personal aún trabaja de forma remota.

Si usted es una persona con una discapacidad en el estado de Texas y tiene un problema legal o tiene dificultades para obtener servicios para discapacitados o sus derechos son violados, llame a nuestra línea de admisión al 1-800-252-9108 de lunes a viernes. De 9:00 a. M. A 4:00 p. M., O puede presentar su solicitud en línea en cualquier momento en: [ingesta.DRTx.org](http://ingesta.DRTx.org).

Las personas sordas o con problemas de audición pueden videollamar a nuestro teléfono gratuito al 1-866-362-2851 o al teléfono de video Purple 3 al (512) 271-9391.