

Tomar decisiones relacionadas con los medicamentos

Use esta hoja de trabajo para iniciar conversaciones con su equipo de tratamiento acerca de sus preferencias y para tomar una decisión informada que se adapte de la mejor manera posible a sus necesidades.

DECISIÓN

¿Con qué decisión me enfrento? **Cómo elegir un medicamento**

¿Quiénes quiero que participen en esta decisión?

- Yo
 Mi médico
 Mi terapeuta
 Mi trabajador social/administrador de caso
 Un miembro de mi familia, mi cónyuge/pareja o un amigo _____
 Otro _____
 Otro _____

VALORES Y PREFERENCIAS

Piense en sus antecedentes médicos, sus experiencias con medicamentos, y cuáles son sus valores y preferencias con respecto a este tema. Asegúrese de compartírselos con su médico y los miembros de su equipo de tratamiento.

¿Qué es importante para mí (mis valores) y cuáles son mis experiencias?

¿CUÁLES SON MIS OPCIONES?

Con la ayuda de su equipo de tratamiento, usted puede reunir información y contar con una lista de las opciones disponibles para usted.

	NOMBRE	PROPÓSITO
MEDICAMENTO A		
MEDICAMENTO B		
MEDICAMENTO C		
DEJAR DE TOMAR MEDICAMENTOS		

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Trabaje con su red de apoyo para tomar una decisión informada. Juntos, pueden hacer una lista de las ventajas y desventajas en función de sus preferencias y evaluar sus opciones. Use estrellas (★) para mostrar la importancia de una ventaja o desventaja para usted. Cinco estrellas (★★★★★) indica que es “muy importante”. Ninguna estrella significa que “no es en absoluto importante”.

MEDICAMENTO A:			
+ VENTAJA	Cuánto importa	— DESVENTAJA	Cuánto importa
MEDICAMENTO B:			
+ VENTAJA	Cuánto importa	— DESVENTAJA	Cuánto importa
MEDICAMENTO C:			
+ VENTAJA	Cuánto importa	— DESVENTAJA	Cuánto importa
DEJAR DE TOMAR MEDICAMENTOS			
+ VENTAJA	Cuánto importa	— DESVENTAJA	Cuánto importa

AHORA, ES EL MOMENTO DE TOMAR UNA DECISIÓN

¿Cuál de las opciones prefiero?

- OPCIÓN A**
 OPCIÓN B
 OPCIÓN C
 NO ESTOY SEGURO/A

¿Cuál de las opciones prefiere su médico?

- OPCIÓN A**
 OPCIÓN B
 OPCIÓN C
 NO ESTOY SEGURO/A

¿Estamos mi médico y yo de acuerdo con esta decisión sobre la medicación?

- SÍ**
 NO

No está totalmente de acuerdo, ¿hay una decisión que ambos pensamos sería razonable?

- SÍ**
 NO

Para obtener más información y recursos de recuperación gratuitos, visite

www.ChoicesInRecovery.com

SUBMISSION ID: 1787888
DATE OF TRANSLATION: 13-Dec-19
ELECTRONIC FILE NAME: Worksheet 6_Medication Decisions
SOURCE LANGUAGE: English
SOURCE CP CODE: cp-110940v1
TARGET LANGUAGE: Spanish (US)
TARGET CP CODE: cp-128227v1
TRANSPERFECT JOB ID: US0595147

In accordance with the specifications agreed upon for this request, TransPerfect certifies only the text marked up by the client.

TransPerfect is globally certified under the standards ISO 9001:2015, ISO 17100:2015, and ISO 18587:2017. This Translation Certificate confirms the included documents have been completed in conformance with the Quality Management System documented in its ISO process maps and are, to the best knowledge and belief of all TransPerfect employees engaged on the project, full and accurate translations of the source material.

TRANSPERFECT TRANSLATIONS INTERNATIONAL, INC.
TRANSPERFECT GLOBAL HQ
3 PARK AVENUE, 40TH FLOOR, NEW YORK, NY 10016