

# Preparación para una visita al médico

La relación que usted tiene con su médico o psiquiatra es muy importante en su recorrido hacia la recuperación, porque juntos pueden encontrar opciones de medicación y tratamiento que reflejen lo que usted desea o necesita, funcionan para usted, y respaldan sus metas y plan de recuperación.

**Revise esta hoja de trabajo por su cuenta o con un miembro de su equipo de tratamiento a fin de prepararse para su próxima cita con el médico.**

## Piense acerca de qué es importante para usted

¿Qué es importante para mí en mi vida? ¿Cuáles son mis metas?

---

---

---

---

---

---

---

---

¿De qué manera pueden los medicamentos y los tratamientos de apoyo ayudarme a lograr o mantener estas cosas?

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Interfieren algunas veces los medicamentos o los tratamientos de apoyo en mi vida cotidiana? Si es así, explique de qué manera.

---

---

---

---

---

---

---

---



# Preparación para una visita al médico

## Piense acerca de qué temas desea conversar

Hable con su médico sobre cualquier cambio en los síntomas, el estado de ánimo o comportamientos que pueda estar experimentando o cualquier duda o inquietud que pueda tener.

**Deseo hablar sobre lo siguiente** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Cómo me he sentido desde mi última cita:

Mejor     Igual     Peor

Explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Síntomas nuevos o recurrentes que estoy experimentando:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Piense en lo siguiente:

Qué funciona mejor para mí \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qué no funciona para mí \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qué deseo considerar cambiar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Obtener apoyo:

**¿Con quién deseo acudir a mi cita?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿De qué manera puede ayudarme esta persona?**

(Por ejemplo: llevarme a la cita, tomar notas)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Ejemplos de preguntas para hacerle al médico

**Acudir a la cita con el médico con una lista de preguntas** para hacer puede ayudar a aprovechar al máximo el tiempo limitado que pueda tener con el profesional. Estas preguntas **pueden ayudar a comenzar conversaciones** acerca de cuestiones que pueden ser importantes para usted y su recuperación, como su bienestar general, sus medicamentos y los tratamientos de apoyo.

**Marque los casilleros o escriba otras preguntas que desee hacer y lleve esta lista a su cita.**

## Acerca de mi bienestar general:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ¿Qué puedo hacer para ayudar a mejorar mi salud general?           | <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son algunas maneras de comenzar a comer más sano? |
| <input type="checkbox"/> ¿Con qué frecuencia debo visitar a mi médico de atención primaria? | <input type="checkbox"/> ¿Qué puedo hacer para manejar mejor mi estrés?            |
| <input type="checkbox"/> ¿Cuánto ejercicio debo hacer?                                      | <input type="checkbox"/> ¿Qué puedo hacer para dejar de fumar?                     |
| <input type="checkbox"/> ¿Qué pruebas debo realizarme regularmente?                         | <input type="checkbox"/> ¿Qué otras cosas puedo hacer para permanecer saludable?   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | <input type="checkbox"/> Otro _____  |

## Acerca de mis medicamentos para la salud mental:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ¿De qué manera pueden los medicamentos ayudarme para alcanzar mis metas?  | <input type="checkbox"/> ¿Cómo sé si se deben cambiar las dosis o suspender los medicamentos? |
| <input type="checkbox"/> ¿Hay diferentes maneras de recibir mi medicación, como en forma de píldoras o inyecciones de acción prolongada? | <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los efectos secundarios?                                 |
| <input type="checkbox"/> ¿Hay opciones de medicación con programas de administración de las dosis con menos frecuencia?                  | <input type="checkbox"/> ¿Cuánto tiempo tardará en comenzar a hacer efecto?                   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____  | <input type="checkbox"/> Otro _____   |

## Acerca de los tratamientos de apoyo:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Qué tipos de tratamientos/servicios se encuentran disponibles?    | <input type="checkbox"/> ¿De qué manera pueden los tratamientos de apoyo ayudarme para alcanzar mis metas?          |
| <input type="checkbox"/> ¿Qué puedo hacer para obtener una vivienda con servicios de apoyo? | <input type="checkbox"/> ¿Puede proporcionarme más información acerca del apoyo brindado por pares?                 |
| <input type="checkbox"/> ¿Qué es la psicoterapia y de qué manera puede ayudarme?            | <input type="checkbox"/> ¿Qué puede hacer un administrador de casos para apoyar mi recorrido hacia la recuperación? |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   | <input type="checkbox"/> Otro _____   |

Para obtener más información y recursos de recuperación gratuitos, visite

[www.ChoicesInRecovery.com](http://www.ChoicesInRecovery.com)

**SUBMISSION ID:** 1787888  
**DATE OF TRANSLATION:** 13-Dec-19  
**ELECTRONIC FILE NAME:** Worksheet 11\_Prepare Dr visit  
**SOURCE LANGUAGE:** English  
**SOURCE CP CODE:** cp-110946v1  
**TARGET LANGUAGE:** Spanish (US)  
**TARGET CP CODE:** cp-128236v1  
**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