¿Cómo es mi salud?

UN REGISTRO PERSONAL DE SALUD

PUBLICADO POR

The Women's Fund
for Health Education and Resiliency

"The Women's Fund for Health Education and Resiliency"
es una organización sin fines de lucro 501(c)(3), cuya misión
es proporcionar a las mujeres y las niñas las herramientas que
necesitan para ser defensores de su salud.

Notas sobre Salud

¡Gestión de la Salud comienza con USTED!

Registros médicos completos son beneficiosos para los médicos que atienden a sus pacientes. La Sociedad Médica del Condado de Harris fomenta el uso de este libro como una forma efectiva de recopilar y mantener los registros médicos de un paciente.

Este folleto está diseñado para ser una forma simple y efectiva de hacerse cargo de su historial de salud y del historial de los miembros de su familia. Tendrá la información que necesita disponible de inmediato y también lo hará su familia.

Este libro está diseñado para ser una herramienta de registro. Usted y su médico deben acordar la frecuencia de las diferentes pruebas y procedimientos. Puede mantener registros para sus hijos y cónyuges. Anime a sus hijos a participar activamente en su propio registro cuando tengan la edad suficiente para hacerlo.

"The Women's Fund" agradece los esfuerzos de Ann Brinkerhoff, ex Presidenta de la Junta de Directores de "The Women's Fund", por su comprensión del reconocimiento de la necesidad de esta publicación y su función como editora.

Para obtener copias adicionales, visite: www.thewomensfund.org

Mensaje del Dr. Bob Morrow

Presidente del Mercado del Sureste, Blue Cross and Blue Shield of Texas

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) conoce la cobertura de cuido de la salud en Texas: la inventamos. Somos nacidos y criados en Texas, y este es el único lugar donde hacemos negocios. Hemos existido por casi 90 años, y la cruz y el escudo han llegado a representar la organización de cobertura de cuido de salud más experimentada en el estado y la nación. Nuestra misión aún se enfoca en brindar una cobertura de cuido de salud financieramente sólida a la mayor cantidad posible de tejanos.

Para nosotros, devolver a las comunidades de Texas a las que servimos es una prioridad importante. Nuestro programa distintivo es "Caring Foundation of Texas 'Care Vans." Desde 1997, BCBSTX ha servido como patrocinador de la fundación por todo el estado cubriendo todos los costos administrativos. Desde el lanzamiento de los "Care Vans" hace 20 años, casi 860,000 niños han recibido más de 1.3 millones de vacunas sin costo alguno, una contribución significativa a la salud pública en Texas, ya que se estima que cada dólar gastado en vacunas ahorra $18.40 en costos de cuido de salud.

El programa de divulgación entrega vacunas en todo el Estado en guarderías, escuelas y otros lugares de la comunidad que son convenientes para las familias. Consulte las páginas 46-47 para obtener información sobre el programa "Care Van" y los recursos en su comunidad.

En BCBSTX, también creemos en la transparencia y la educación. Muchos tejanos no entienden sus opciones cuando se enfrentan a un problema de

salud no anticipado que podría implicar una visita a una sala de emergencias (ER). Desafortunadamente, tomar la decisión equivocada puede resultar en una factura más dolorosa que el problema de salud. Sin embargo, un poco de educación le ayuda a comprender sus opciones para evitar una visita a la sala de emergencias y una factura potencialmente costosa. Incluimos una guía útil en las páginas 48-49 para ayudarle a comprender sus opciones y elegir el lugar más adecuado para su cuido.

Como la aseguradora de salud más antigua y más grande del estado que brinda beneficios a más de 5 millones de miembros, creemos en el valor de una Texas saludable. Las enfermedades y afecciones crónicas, como las cardiopatías, los darrames cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la obesidad y la artritis, se encuentran entre los problemas de salud más comunes, costosos y evitables. Muchas de estas condiciones prevenibles están causando estragos en la salud de los tejanos.

Desde mis muchos años como médico de familia, constantemente les decía a mis pacientes: "¡La mejor manera de controlar una enfermedad es no tenerla en primer lugar!" La prevención y ser un paciente empoderado son esenciales en su viaje de salud. Es por eso que las herramientas en este libro son un gran recurso para que todos los tejanos tomen el control de su salud al rastrear toda su información importante de salud.

Datos Personales

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad_____Estado_____Código postal _____

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil_____

de SS _____ # de licencia de conducir_____

Estado Civil ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a)

Empleador actual _____

Dirección _____

Ciudad_____Estado_____Código postal _____

Teléfono de negocios _____

Nombre de su esposo(a) _____

Dirección _____

Ciudad_____Estado_____Código postal _____

Teléfono de negocios _____

Teléfono móvil_____

de SS _____ # de licencia de conducir_____

Empleador actual _____

Dirección _____

Ciudad_____Estado_____Código postal _____

Teléfono de negocios _____

Seguro Médico Primario

Nombre de Negocio _____

Dirección _____

Ciudad_____Estado_____Código postal _____

Teléfono de negocios _____

de Grupo_____ # de Póliza_____

Seguro Médico Secundario

Nombre de Negocio _____

Dirección _____

Ciudad_____Estado_____Código postal _____

Teléfono de negocios _____

de Grupo_____ # de Póliza_____

Información de la farmacia

Nombre de Negocio _____

Dirección _____

Ciudad_____Estado_____Código postal _____

Teléfono de negocios _____

Estadística

Nombre _____

Fecha de nacimiento_____

Lugar de nacimiento_____

Circunstancias especiales de nacimiento _____
(prematuro, cesáreo, gemelo, etc.)

Tipo de sangre _____

Alergias / sensibilidad a los medicamentos

Medicamentos:	Reacción:
Ej. Penicilina	*Ej. Erupción, urticaria, picazón en los ojos... etc.*

Otras alergias _____
(polvo, comida, plantas, etc.)

Médico de atención primaria _____

Dirección _____ Teléfono _____

Contacto de emergencia: _____

Dirección _____

Ciudad_____Estado_____Código postal_____

	Sí	No	Alguna vez ha fumado?	¿Cuánto?	¿Cuánto tiempo?	Fecha lo dejo
¿Fumas?						

	Sí	No	¿Cuánto?	¿Cuánto tiempo?	Fecha lo dejo
¿Bebe bebidas alcohólicas?					
¿Alguna vez ha tomado alcohol a diario?					

Empleo Anterior

Enfermedades/Heridas

Nombre de Empleador_____

Tipo de negocio_____

Ubicación del trabajo _____

Descripción del trabajo _____

Fechas del empleo _____ Inicio_____ Final_____

Exposición a sustancias nocivas / enfermedades extranjeras _____

Enfermedad/ herida relacionada con el trabajo_____

_____

Nombre de Empleador_____

Tipo de negocio_____

Ubicación del trabajo _____

Descripción del trabajo _____

Fechas del empleo _____Inicio_____ Final _____

Exposición a sustancias nocivas / enfermedades extranjeras _____

Work Related Illness/Injury_____

_____

Historia de salud

Enfermedades graves

Sí	Nombre	Fecha	Edad
	Anemia o enfermedad de la sangre		
	Apendicitis		
	Asma		
	Cáncer		
	Pecho		
	Colon		
	Leucemia		
	Pulmón		
	Linfoma		
	Protestado		
	Piel		
	Testicular		
	Tiroides		
	Varicela		
	Pulmón / insuficiencia respiratoria crónica		
	Enfermedad circulatoria		
	Diabetes		
	Enfisema		
	Endometriosis		
	Epilepsia / convulsiones		
	Enfermedad de la vesícula		
	Enfermedad del corazón o soplo		
	Hepatitis o ictericia		
	Presión arterial alta (hipertensión)		
	VIH / SIDA		
	Influenza (gripe)		
	Enfermedad de riñón o vejiga		

Historia de salud

Enfermedades graves

Sí	Nombre	Fecha	Edad
	Paludismo (Malaria)		
	Sarampión		
	Rubéola, Roséola, Rubeola		
	Meningitis		
	Mononucleosis		
	Neumonía o pleuritis		
	Fiebre reumática		
	Escarlatina		
	Infecciones de transmisión sexual (gonorrea, clamidia)		
	Derrame cerebrovascular o parálisis		
	Sifilis		
	Enfermedad de la tiroides o bocio		
	Tos ferina		
	Otro:		

Inmunizaciones

Nombre	Fecha	Edad
Varicela		
Tdap “difteria, tétanos, tos ferina”		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Vacuna HIb “Hemophilus b"		
Virus del papiloma humano VPH		
Influenza (gripe)		
Meningococo		
MCV4		
MENB		
MMR "Sarampión, Paperas, Rubéola"		
Paperas		
Neumonía		
PVC 13		
PPSV 23		
Polio		
Culebrilla		
Viruela		
Prueba cutánea de tuberculosis		
Difteria, tétanos		
Efectos secundarios:		

Siempre pregúntele a su proveedor de cuidado de salud acerca de la inmunización.

Ginecológico

Edad al inicio de la menstruación.			
Duración actual del ciclo en días.			
Regularidad actual del ciclo.			
Inicio de la menopausia			
Síntomas de la menopausia			
Los síntomas del síndrome premenstrual (marque todas las que aplican)	Senos hinchados		
	Retención de líquidos		
	Ansiedad o tensión		
Método anticonceptivo actual			
Método (s) de planificación familiar anterior		Fecha	Tipo
Número de veces que has estado embarazada			
Número de hijos vivos			
Número de entregas a plazo completo			
Número de partos prematuros			
¿Número de abortos?			
¿Número de abortos involuntarios?			
Causa (s) de aborto involuntario			
Problemas durante el embarazo			

Historia familiar

Hermanos y hermanas

Nombre _____

Relación _____

Fecha de nacimiento_____ Fecha de muerte _____

Causa de muerte _____

Condiciones físicas o mentales notables _____

_____

Nombre _____

Relación _____

Fecha de nacimiento_____ Fecha de muerte _____

Causa de muerte _____

Condiciones físicas o mentales notables _____

_____

Nombre _____

Relación _____

Fecha de nacimiento_____ Fecha de muerte _____

Causa de muerte _____

Condiciones físicas o mentales notables _____

_____

Nombre _____

Relación _____

Fecha de nacimiento_____ Fecha de muerte _____

Causa de muerte _____

Condiciones físicas o mentales notables _____

_____

Historia familiar

Hijos

Nombre _____

Fecha de nacimiento_____ # de SS_____

Tipo de parto _____

Rasgos físicos multigeneracionales_____

(obesidad, ceguera al color, anemia de células falciformes, etc.)

_____

_____

Nombre _____

Fecha de nacimiento_____ # de SS_____

Tipo de parto _____

Rasgos físicos multigeneracionales_____

(obesidad, ceguera al color, anemia de células falciformes, etc.)

_____

_____

Nombre _____

Fecha de nacimiento_____ # de SS_____

Tipo de parto _____

Rasgos físicos multigeneracionales_____

(obesidad, ceguera al color, anemia de células falciformes, etc.)

_____

_____

Nombre _____

Fecha de nacimiento_____ # de SS_____

Tipo de parto _____

Rasgos físicos multigeneracionales_____

(obesidad, ceguera al color, anemia de células falciformes, etc.)

_____

_____

Historia familiar

Madre

Nombre de mi madre_____

Fecha de nacimiento_____Fecha de muerte_____Edad de muerte_____

Causa de muerte _____

Problemas médicos graves _____

Método de tratamiento _____

Enfermedades graves y salud mental _____
(abuso de sustancias, abuso de alcohol, depresión)

Nombre de su madre_____
(Mi abuela maternal)

Fecha de nacimiento_____Fecha de muerte_____Edad de muerte_____

Causa de muerte _____

Problemas médicos graves _____

Método de tratamiento _____

Enfermedades graves y salud mental _____
(abuso de sustancias, abuso de alcohol, depresión)

Nombre de su padre _____
(Mi abuelo maternal)

Fecha de nacimiento_____Fecha de muerte_____Edad de muerte_____

Causa de muerte _____

Problemas médicos graves _____

Método de tratamiento _____

Enfermedades graves y salud mental _____
(abuso de sustancias, abuso de alcohol, depresión)

Historia familiar

Padre

Nombre de mi padre _____

Fecha de nacimiento_____Fecha de muerte_____Edad de muerte_____

Causa de muerte _____

Problemas médicos graves _____

Método de tratamiento _____

Enfermedades graves y salud mental _____
(abuso de sustancias, abuso de alcohol, depresión)

Nombre de su madre_____
(Mi abuela paternal)

Fecha de nacimiento_____Fecha de muerte_____Edad de muerte_____

Causa de muerte _____

Problemas médicos graves _____

Método de tratamiento _____

Enfermedades graves y salud mental _____
(abuso de sustancias, abuso de alcohol, depresión)

Nombre de su padre _____
(Mi abuelo paternal)

Fecha de nacimiento_____Fecha de muerte_____Edad de muerte_____

Causa de muerte _____

Problemas médicos graves _____

Método de tratamiento _____

Enfermedades graves y salud mental _____
(abuso de sustancias, abuso de alcohol, depresión)

Medicamentos

Con receta médica

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Medicamentos

Con receta médica

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Medicamentos

Con receta médica

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Medicamentos

Con receta médica

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Medicamentos

Con receta médica

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Medicamentos

Con receta médica

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Medicamentos

Sin receta

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Medicamentos

Sin receta

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Nombre _____

Fecha _____

Medicamento	Fuerza	Con que frecuencia se toma	Doctor / Razón

Efectos secundarios:

Instrucciones especiales:

Visitas al doctor

Visitas al doctor de _____

Doctor	Especialidad	Razón de la visita	Fecha	Rango visto

Información médica

Información médica de _____

Fecha	Doctor	Peso	Presión arterial	Pulso	Colesterol	HDL	LDL	Triglicéridos

Visitas al doctor

Visitas al doctor de _____

Doctor	Especialidad	Razón de la visita	Fecha	Rango visto

Información médica

Información médica de _____

Fecha	Doctor	Peso	Presión arterial	Pulso	Colesterol	HDL	LDL	Triglicéridos

Historial médico

Para registrar mamografías, radiografías, pruebas de Papanicolaou, análisis de sangre, pruebas gastrointestinales superiores o inferiores, exploraciones TAC, etc.

Historial médico de _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____
Hospital / clínica _____
Doctor _____
Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____
Hospital / clínica _____
Doctor _____
Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____
Hospital / clínica _____
Doctor _____
Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____
Hospital / clínica _____
Doctor _____
Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____
Hospital / clínica _____
Doctor _____
Resultados _____

Historial médico

Para registrar mamografías, radiografías, pruebas de Papanicolaou, análisis de sangre, pruebas gastrointestinales superiores o inferiores, exploraciones TAC, etc.

Historial médico de _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____

Hospital / clínica _____

Doctor _____

Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____

Hospital / clínica _____

Doctor _____

Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____

Hospital / clínica _____

Doctor _____

Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____

Hospital / clínica _____

Doctor _____

Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____

Hospital / clínica _____

Doctor _____

Resultados _____

Historial médico

Para registrar mamografías, radiografías, pruebas de Papanicolaou, análisis de sangre, pruebas gastrointestinales superiores o inferiores, exploraciones TAC, etc.

Historial médico de _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____
Hospital / clínica _____
Doctor _____
Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____
Hospital / clínica _____
Doctor _____
Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____
Hospital / clínica _____
Doctor _____
Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____
Hospital / clínica _____
Doctor _____
Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____
Hospital / clínica _____
Doctor _____
Resultados _____

Historial médico

Para registrar mamografías, radiografías, pruebas de Papanicolaou, análisis de sangre, pruebas gastrointestinales superiores o inferiores, exploraciones TAC, etc.

Historial médico de _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____

Hospital / clínica _____

Doctor _____

Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____

Hospital / clínica _____

Doctor _____

Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____

Hospital / clínica _____

Doctor _____

Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____

Hospital / clínica _____

Doctor _____

Resultados _____

Fecha_____ Prueba/procedimiento_____

Hospital / clínica _____

Doctor _____

Resultados _____

Cirugía

Nombre: _____

Fecha_____ Razón _____

Hospital_____ Cirujano_____

Anestesia _____

Productos sanguíneos recibidos _____

Duración de la recuperación / Comentarios _____

Fecha_____Razón _____

Hospital_____ Cirujano_____

Anestesia _____

Productos sanguíneos recibidos _____

Duración de la recuperación / Comentarios _____

Fecha_____Razón _____

Hospital_____ Cirujano_____

Anestesia _____

Productos sanguíneos recibidos _____

Duración de la recuperación / Comentarios _____

Fecha_____Razón _____

Hospital_____ Cirujano_____

Anestesia _____

Productos sanguíneos recibidos _____

Duración de la recuperación / Comentarios _____

Hospitalizaciones

Nombre: _____

Fecha_____ Razón _____

Hospital_____ Cirujano_____

Anestesia _____

Productos sanguíneos recibidos _____

Duración de la recuperación / Comentarios _____

Fecha_____Razón _____

Hospital_____ Cirujano_____

Anestesia _____

Productos sanguíneos recibidos _____

Duración de la recuperación / Comentarios _____

Fecha_____Razón _____

Hospital_____ Cirujano_____

Anestesia _____

Productos sanguíneos recibidos _____

Duración de la recuperación / Comentarios _____

Fecha_____Razón _____

Hospital_____ Cirujano_____

Anestesia _____

Productos sanguíneos recibidos _____

Duración de la recuperación / Comentarios _____

Exámenes

Ojo

Exámenes oculares de: _____

Fecha	Doctor	Visión I	Visión D	Recomendación (es)

Exámenes auditivos de:_____

Fecha	Doctor	Oreja izquierda	Oreja derecha	Recomendación (es)

Exámenes

Dentales

Exámenes dentales de: _____

Fecha	Dentista	Procedimiento	Rayos X	Comentarios

Notas sobre Salud

Notas sobre salud: _____

Fecha	Signo / Síntoma Notado

¿Preguntas?

Date	Ejemplo:	¿Qué impulse la pregunta?
3/15	*¿Comer bananas ayudará a mis calambres en las piernas?*	*Ejemplo: Artículo en "Family Circle Magazine"*

Proveedores de servicios de salud

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono_____ Especialidad _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono_____ Especialidad _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono_____ Especialidad _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono_____ Especialidad _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono_____ Especialidad _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono_____ Especialidad _____

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono_____ Especialidad _____

Cuido de salud

Registros de gastos

Fecha	Tipo de Servicio / Proveedor	Pagado por Seguro Primario	Pagado por Seguro Secundario	No cubierto por Seguro

Cuido de salud

Registros de gastos

Fecha	Tipo de Servicio / Proveedor	Pagado por Seguro Primario	Pagado por Seguro Secundario	No cubierto por Seguro

Apéndice A
Categorías de presión arterial

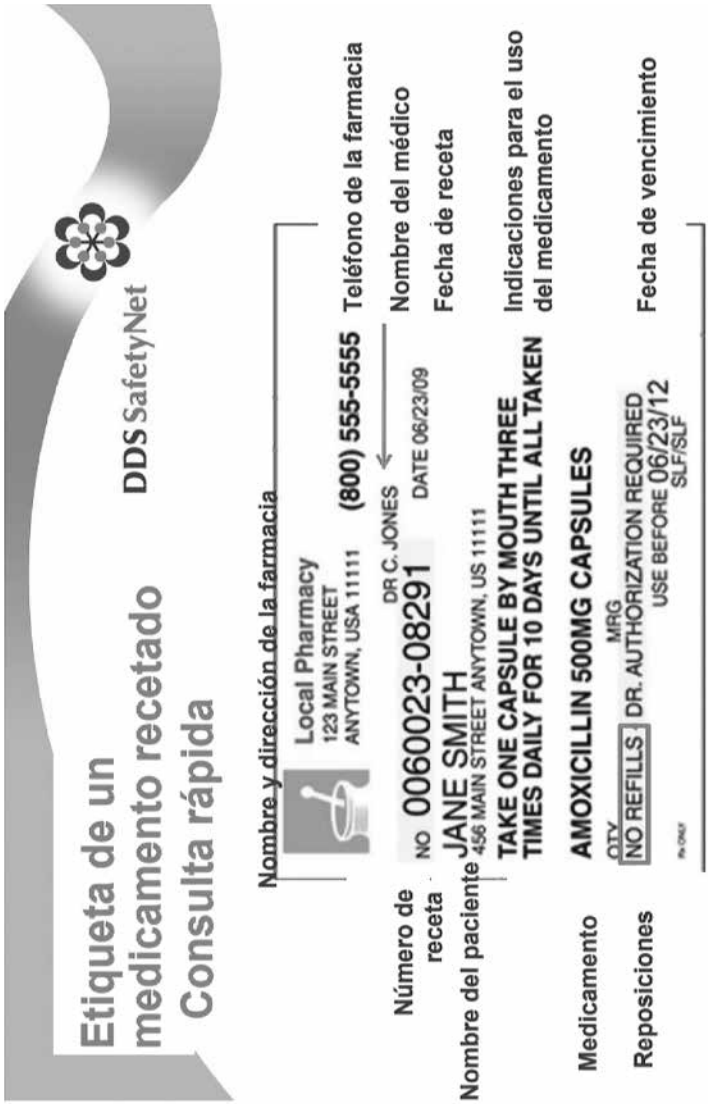
Categorías de presión arterial (American Heart Association)

Categoría de la presión arterial	Sistólica mm Hg (número de arriba)		Diastólica mm Hg (número de abajo)
Normal	**Menos de 120**	**y**	**Menos de 80**
Elevada	120-129	y	Menos de 80
Presión arterial alta (Hipertensión) Nivel 1	130-139	o	80-89
Presión arterial alta (Hipertensión) Nivel 2	140 o más alta	o	90 o más alta
Crisis de Hipertensión (consulte a su médico de inmediato)	Más alta de 180	y/o	Más alta de 120

Detección	Objetivo
Colesterol (total)	Deseable - Menos de 200 Límite - 200 - 239 Mayor que - 240 - Riesgo alto
HDL (Lipo-proteína de alta densidad)	60 o más - Riesgo bajo de enfermedad cardíaca Casi óptimo - 40 - 60 40 o menos - Alto riesgo de enfermedad cardíaca
LDL (Lipo-proteína de baja densidad)	100 o menos - Bajo riesgo de enfermedad cardíaca
Triglicéridos	150 o menos: bajo riesgo de enfermedad cardíaca

Apéndice B

Cómo leer una etiqueta de Receta Médica



Inmunizaciones: Lo que necesita saber

Información proporcionada por The Caring Foundation of Texas℠

Las vacunas se recomiendan para niños, adolescentes y adultos según diferentes factores, como la edad, las condiciones de salud, el estilo de vida, los trabajos y los viajes. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y otros expertos médicos actualizan las recomendaciones de vacunación de cada año basándose en las últimas investigaciones y la ciencia.

La inmunización es importante porque no solo protege a la persona que recibe la vacuna, sino que también ayuda a evitar que las enfermedades se propaguen a otras personas, como familiares, vecinos, compañeros de clase y otras personas en sus comunidades. La mayoría de los padres de hoy nunca han visto de primera mano las consecuencias devastadoras que las enfermedades prevenibles por vacunación tienen en un niño, una familia o una comunidad.

Proteger la salud y seguridad de su hijo es muy importante. Es por eso que la mayoría de los padres eligen la inmunización, es una defensa poderosa que es segura, probada y efectiva.

Las vacunas no son solo para niños. También pueden ayudar a los adultos a mantenerse saludables. Especialmente si tienen condiciones de salud. Incluso si recibió todas sus vacunas como un niño, la protección de algunas vacunas puede desaparecer con el tiempo. Los adultos con afecciones crónicas como el asma / EPOC, las enfermedades del corazón y la diabetes tienen más probabilidades de tener complicaciones de ciertas enfermedades. Enfermarse no es divertido a cualquier edad, y para los adultos puede significar facturas médicas, faltar al trabajo y no poder cuidar de la familia.

Incluso puede asegurarse de que su bebé nazca con protección al vacunarse cuando esté embarazada. Cuando te vacunas durante el embarazo, no solo te estás protegiendo a ti mismo sino le está

transmitiendo cierta protección a su bebé en los primeros meses de vida cuando es demasiado joven para desarrollar la inmunidad por sí mismo. Los CDC recomiendan que reciba vacunas contra la tos ferina y la gripe durante cada embarazo para protegerse y proteger a su bebé en desarrollo.

Las enfermedades prevenibles por vacunación pueden ser muy graves, pueden requerir hospitalización o incluso ser mortales, especialmente en bebés y niños pequeños. Sin embargo, debido al costo o al acceso a la atención, miles de niños que viven en Texas no recibirán atención médica ni las vacunas necesarias para prevenir enfermedades graves; lo mismo es válido para el cuidado dental. ¡Sin embargo, el programa Care Van® está aquí para ayudar!

A través del alcance móvil, el programa Texas Care Van® elimina virtualmente las barreras financieras y geográficas para el acceso a Cuidado de la salud. En colaboración con escuelas y organizaciones comunitarias que actúan como sitios anfitriones, el programa ofrece inmunizaciones gratuitas, exámenes dentales (en regiones específicas) y educación para la salud.

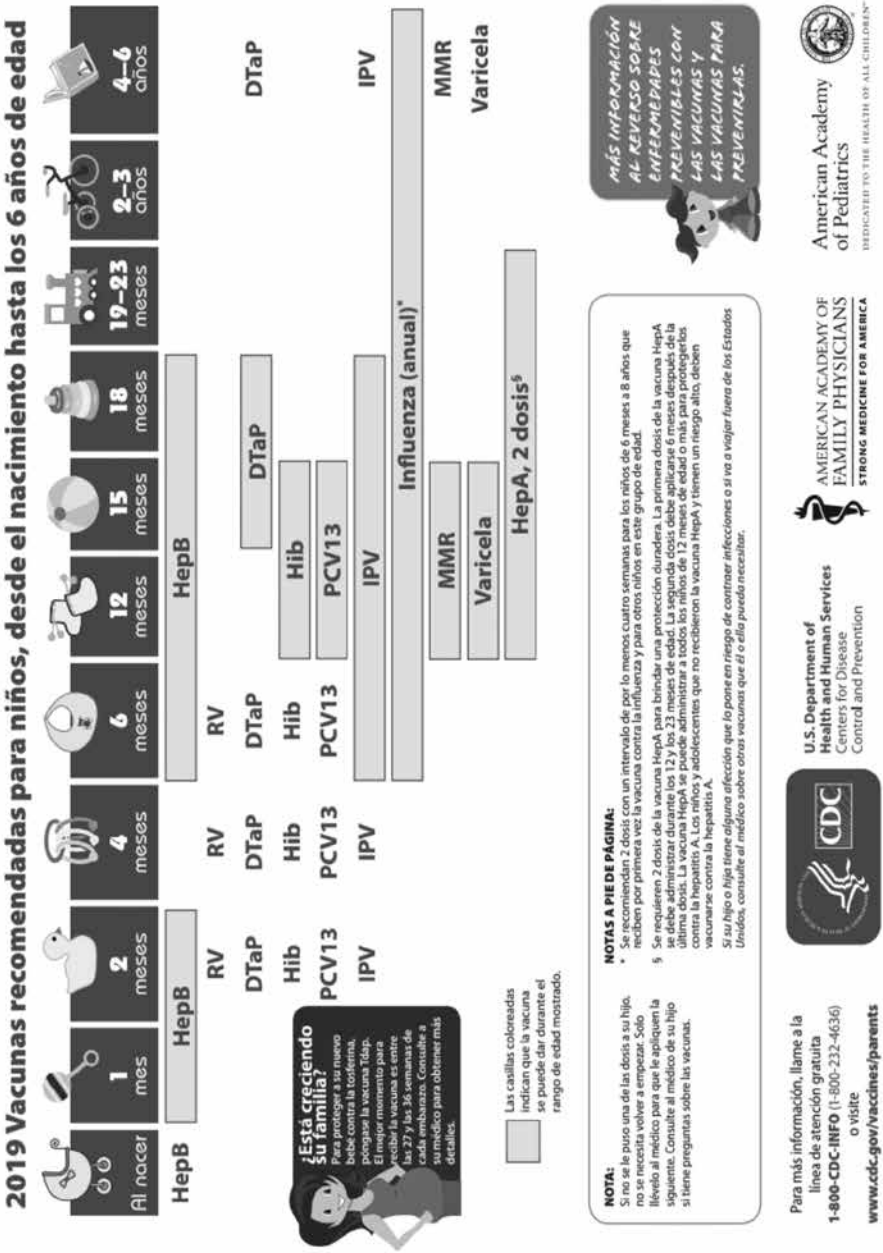
Recientemente, The Caring Foundation lanzó una iniciativa de inmunización materna para ayudar a proporcionar vacunas contra la tos ferina y la influenza a futuras madres de 19 años o más. Estas vacunas pueden ayudar a proteger a las madres y los niños por nacer de enfermedades prevenibles por vacunación, como la tos y la gripe. Además, los servicios de inmunización se extenderán a los abuelos que visitan clínicas de extensión, que brindan vacunas contra la gripe y la Tdap (tétanos y tos ferina) a adultos mayores. Estas vacunas pueden ayudar a proteger a los adultos mayores y a los niños que cuidan de enfermedades prevenibles por vacunación. Para obtener más información sobre Caring Foundation of Texas o el programa Care Van®, visite www.carevan.org o llame al 800-258-KIDS.

Hable con su médico para asegurarse de estar al día con las vacunas adecuadas para usted.

¡Danos Like! @CFCFTX ¡ Síguenos! @carevantexas

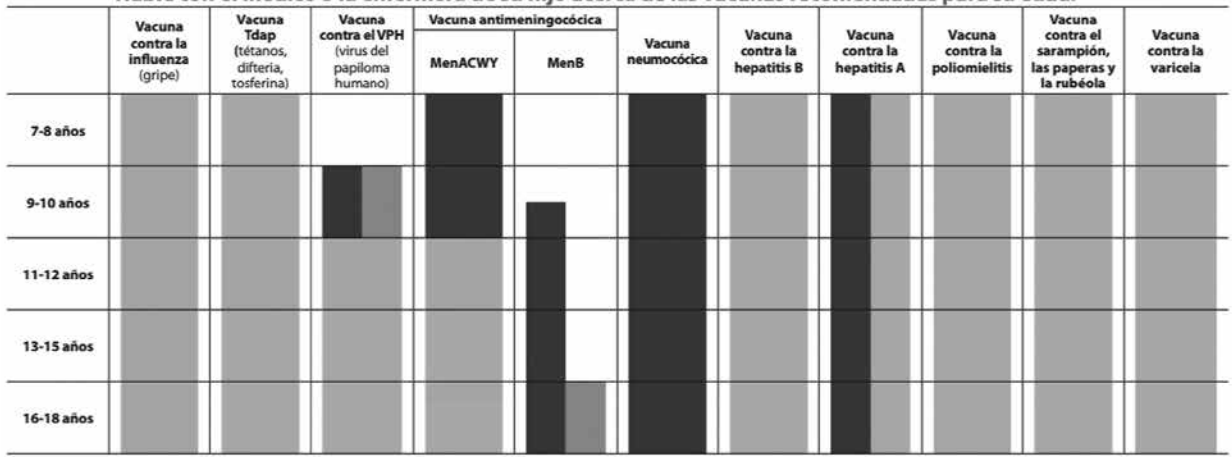
Apéndice C

Recomendaciones de inmunización



2019: Vacunas recomendadas para los niños desde los 7 hasta los 18 años de edad

Hable con el médico o la enfermera de su hijo acerca de las vacunas recomendadas para su edad.



Estas casillas sombreadas indican cuándo se recomienda la vacuna para todos los niños, a menos que el médico le diga que su hijo no puede recibir en forma segura la vacuna.

Estas casillas sombreadas indican que la vacuna se recomienda para niños con ciertas afecciones o situaciones de estilos de vida que los ponen en mayor riesgo de enfermedades graves. Vea las recomendaciones específicas de las vacunas en https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html (en inglés).

Estas casillas sombreadas indican que la vacuna se debe administrar a un niño que esté poniéndose al día con las vacunas.

Esta casilla sombreada indica que los niños que no tengan mayor riesgo pueden recibir la vacuna si así se desea, después de hablar con un proveedor de atención médica.

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS
STRONG MEDICINE FOR AMERICA

Apéndice C

Recomendaciones de inmunización por condición de salud

BlueCross BlueShield of Texas

Usando las opciones de SmartER Care℠

Vacunas que usted puede necesitar según sus afecciones y otros factores:

En este gráfico se muestran algunas (aunque no todas) las vacunas que usted puede necesitar. Consulte con su proveedor de atención médica qué vacunas son recomendadas para usted.

	Serie de la hepatitis A	Serie de la hepatitis B	MenACWY[1]	MenB[2]	PPSV23	PCV13
Sistema inmunitario debilitado			•	•	•	•
VIH		•	•		•	•
No tiene bazo o no funciona bien			•	•	•	•
Enfermedad cardiaca					•	
Enfermedad pulmonar crónica (por ejemplo, epoc o asma)					•	
Diabetes: Tipo 1 o tipo 2		•			•	
Enfermedad crónica de los riñones o insuficiencia renal		•			•	•
Enfermedad hepática crónica	•	•			•	
Alcoholismo crónico					•	
Trabajadores de cuidados de la salud*		•				
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	•	•				
Estudiantes universitarios de primer año que viven en residencias estudiantiles del campus			•			

* Para obtener más información (en inglés): www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm
[1] MenACWY (vacuna antimeningocócica conjugada)
[2] MenB (vacuna contra el meningococo del serogrupo B)

Podría necesitar otras vacunas si viaja a otros países. Visite www.cdc.gov/travel (en inglés).

Hable con su proveedor de atención médica para asegurarse de que está al día con las vacunas recomendadas para usted.

Para obtener más información sobre las vacunas o para responder a un cuestionario que le permitirá saber cuáles podría necesitar, visite **www.cdc.gov/vaccines/adults/espanol**.

CS HCVG15-ADU-119

NO ESPERE.
¡VACÚNESE!

CDC
U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

Agosto 2018

Si no tiene una emergencia, saber dónde acudir para recibir atención médica puede ahorrarle costos y tiempo. Usted tiene opciones para el lugar donde recibe atención que no es de emergencia, lo que llamamos opciones de atención de SmartER. Prueba estos sitios en lugar de la sala de emergencias (ER). Además, cuando visita proveedores dentro de la red, es posible que deba pagar menos por la atención. Visite la página web "Controlar los costos con SmartER Care" en bcbstx.com para obtener más detalles.

¿NECESITA CONSEJO?
La línea de enfermería bilingüe 24/7 puede ayudarlo a identificar algunas opciones. Las enfermeras están disponibles al 800-581-0393, las 24 horas del día, los siete días de la semana, para responder sus preguntas sobre la salud. La línea de enfermería bilingüe 24/7 puede no estar disponible con todos los planes. Revise su folleto de beneficios para más detalles.

Comparar opciones de cuidado

Ejemplos	Espera Promedio	Costo Promedio	
Alergias Resfriado Depresión	20 Minutos	$	Visitas virtuales
Fiebre, resfriados y gripe. Dolor de garganta Dolor de estómago	18 Minutos	$	Oficina del doctor
Las infecciones Lesiones menores o dolor. Dolor de garganta y estreptococo	15 Minutos	$	Clínica de venta al por menor
Cortes que necesitan puntos de sutura. Migrañas o dolores de cabeza Dolor de espalda Esguinces o distensiones Mordeduras de animales o erupciones Dolor tolerable	16-24 Minutos	$$	Atención de urgencias
Problemas del corazón, ataque al corazón Dolor en el pecho, accidente cerebrovascular Problemas respiratorios Sangrado abundante Huesos rotos	4 Horas, 7 Minutos	$$$	Sala de emergencias

¿QUÉ ES UNA EMERGENCIA?

La vida pasa. Un minuto estás haciendo la cena y al siguiente te cortas el dedo. Afortunadamente, su cobertura de atención médica lo pone en control de su atención y de sus costos.

Usted tiene opciones cuando se trata de elegir la atención. El hecho de que su dedo está lastimado no significa que deba ir a la sala de emergencias (ER). Y en algunos casos, si va a la sala de emergencias, su visita no está cubierta. **Esto significa que podría terminar pagando parte o la totalidad de la factura.**

Saber qué es y qué no es una emergencia puede ayudarlo a planificar lo inesperado.

Cuando se debe usar la ER

Debe acudir a la sala de emergencias por síntomas que amenazan la vida, como:

- Problemas del corazón
- Problemas respiratorios
- Sangrado abundante
- Huesos rotos
- Dolor severo

Cuando la ER no debe ser utilizada

Tiene otras opciones además de la ER para problemas de salud como:

- Resfriados, dolor de garganta y síntomas de gripe.
- Dolor en los oídos o senos
- Erupciones
- Cortes que no necesitan puntos de sutura.
- Estreñimiento
- Dolor tolerable

LA AYUDA ESTÁ DISPONIBLE AL ELEGIR LAS OPCIONES DE CUIDADO

Echa un vistazo a esta lista completa para elegir las opciones de cuidado .

Llame a nuestra línea de enfermería bilingüe 24/7

Las enfermeras bilingües (inglés y español) están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Llame al **800-531-0363** para obtener ayuda para identificar algunas opciones cuando usted o un miembro de su familia tienen un problema o inquietud de salud.

Estimar los costos de tratamiento

Antes de buscar atención, puede iniciar sesión en Blue Access for Members ℠ (BAM ℠) y usar la herramienta de estimación de costos para comparar costos.

SALA DE EMERGENCIA INDEPENDIENTE O ATENCIÓN DE URGENCIA

Saber si acudir a centros de atención de emergencia independientes y centros de atención de urgencia puede ser complicado. Si bien pueden parecer lo mismo, tienen diferentes edificios y cargos por visitas.

Centros de atención de emergencia:

- Tendrá la palabra "Emergencia" en su nombre o en el edificio.
- Cargue las tarifas de la sala de emergencias (ER), incluso si la atención que necesita es menor
- La mayoría son fuera de la red, por lo que puede recibir una factura por el monto que su plan de atención médica no cubre

Saber esto puede ayudarlo a decidir dónde obtener atención por problemas de salud o verdaderas emergencias.

Notas

Notas

Reconocimos con gratitude:
Ann Brinkerhoff as Editor y los editores contribuyentes: Jaimie Cochran, MD, Glenn Knotts, Ph.D., Patricia Seitz-Peabody, RN, Pat Temple, Maria L. Jibaja, Ed.D., Odessa Wexler, Diane R. Whitfield, y Women's Fund miembros para la vida Peggy Bailey y Sue Trammell Whitfield.

© Copyright 1999 - The Women's Fund for Health Education and Research.
Revisado 2018

Un agradecimiento especial por las revisiones de 2018:
Rehal Bhojani, MD, Physician, Memorial Hermann Medical Group,
Frene' LaCour-Chestnut, MD, Assistant Professor, Baylor College of Medicine,
y Deborah Marley, M.Ed., CHES, Program Development Director The Women's Fund.

¿Qué hace el "Women's Fund for Health Education and Resiliency"?

"The Women's Fund" es una organización sin fines de lucro que ha apoyado la salud de las mujeres desde 1979. Brindamos educación sobre salud a la comunidad de forma gratuita. Nuestros servicios incluyen clases de salud básicas, publicaciones, eventos de educación sobre la salud y sesiones educativas únicas. Queremos que todas las mujeres y niñas del área del gran Houston tengan las herramientas que necesitan para ser defensores de su salud, para que podamos ser una comunidad de Mujeres sanas y resilientes.

¿QUÉ HAY DE MÍ? ¿Qué hay de mí? es un libro para niñas de 10 a 16 años. Es un recurso llena de información precisa que responde a preguntas específicas sobre los problemas que niñas pueden estar enfrentando. Esperamos que madres y sus hijas se sienten a hablar sobre los temas tratados en este libro.

.¿CUÁLES SON LOS HECHOS? Es vital que las mujeres se mantengan conscientes de los cambios que se están produciendo en la comunidad médica. Esperamos que los lectores encuentren ¿Cuáles son los hechos? una fuente de información e inspiración para estilos de vida más saludables.

¿QUÉ PESAR? Una mapa vial hacia una vida saludable para usted y su familia. Esta guía está escrita de una manera simple, fácil de seguir, paso a paso. Está diseñado para ser un recurso preciso y útil para comprender por qué y cómo los adultos y los niños aumentan de peso y para tomar buenas decisiones que les permitirán a usted y a los miembros de su familia lograr y mantener un peso saludable.

Para más información sobre nuestros programas o publicaciones, o para ser miembro, por favor contáctenos:

THE WOMEN'S FUND
for Health Education *and* Resiliency

Teléfono: 713-623-6543
www.thewomensfund.org

Esta publicación está generosamente patrocinada por:

BlueCross BlueShield of Texas

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association