



MY DIALYSIS PLAN™

CUESTIONARIO PREVIO A LA REUNIÓN

Algunas personas encuentran útil que un familiar o la persona que los cuida participe de la reunión. Pueden hacer preguntas y ayudarlo a tomar decisiones o pueden solo escuchar y aprender.

¿Le gustaría invitar a alguien a su reunión del Plan de Salud?

☐ Sí ☐ No

¿A quién le gustaría invitar?

Nombre _____

Relación _____

Información del contacto _____

Reuniones fuera del área de tratamiento pueden ayudar a todos a enfocarse mejor.
Además, ayuda a mantener la privacidad de su información.

¿Dónde le gustaría que su reunión tuviera lugar?

- ☐ Espacio privado fuera del área de tratamiento
☐ Por teléfono (número de teléfono) _____
☐ En el área de tratamiento

¿Cuándo le gustaría que su reunión tuviera lugar?

- ☐ Antes del tratamiento
☐ Durante el tratamiento (solo para una reunión en el área de tratamiento)
☐ Después del tratamiento
☐ En un día que no tenga tratamiento

¿Necesita ayuda con la transportación?

☐ Sí ☐ No

Detalles: _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____
FIRMA DEL PACIENTE _____
FECHA _____

APUNTES