



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