

# Mi Salud, Mi Voz: Mi diario de salud personal

## Para mantener un registro de:

- Mis metas de salud
  - El historial médico de mi familia
  - Mis medicamentos
  - Mis proveedores de salud
- ...¡y mucho más!



# Mi Salud, Mi Voz: Recursos

**Más ayuda  
está disponible.**

Escriba aquí el nombre de la organización que le dio esta libreta o de otro grupo que dicha organización le haya recomendado para obtener respuestas a preguntas específicas que usted pueda tener sobre su seguro médico.

---

---

---



Para ver este diario en línea o para saber cómo usar su seguro médico, escanee este código con su teléfono o visite [MyHealthMyVoice.com](http://MyHealthMyVoice.com).

Para pedir copias de este diario o para encontrar un grupo que la distribuya cerca de usted, envíe un correo electrónico a [info@RaisingWomensVoices.net](mailto:info@RaisingWomensVoices.net) o llame al 212-870-2010.

# Mi Salud, Mi Voz: Mi diario de salud personal

Por  
Amy Zarin  
Asociada de Acercamiento Comunitario  
Raising Women's Voices/Alzando las voces de las mujeres - NY  
y  
Lois Uttley  
Cofundadora  
Raising Women's Voices/Alzando las voces de las mujeres

Diseño y concepto original de  
Enrica Beccalli  
Diseñadora visual y beneficiaria de beca Fullright

Diseño adicional de  
Bruce Rosch, Artista Gráfica

Traducción supervisada por Cecilia Sáenz Becerra, Gerente Regional de  
Raising Women's Voices/Alzando las voces de las mujeres

**Un proyecto de Raising Women's Voices for the Health Care We Need/  
Alzando las voces de las mujeres  
para la atención médica que necesitamos con  
Parsons The New School for Design y  
la Ms. Foundation for Women**

**Financiamiento adicional:  
The Alki Fund of the Rockefeller Family Fund  
The General Services Foundation  
The Ford Foundation  
The David and Lucille Packard Foundation  
Katherine S. Villers  
Healthcare Education Project 1199SEIU/GNYHA**

Febrero de 2017

# APROVECHE AL MÁXIMO SU NUEVO SEGURO MÉDICO.

El seguro médico no solo sirve para cuando está enferma. También le ayuda a mejorar su salud y a manejar cualquier condición crónica que tenga.



**Haga su salud una prioridad.**

Su salud importa porque usted importa. Si no puede hacerlo por usted misma, hágalo por las personas que dependen de usted, ya sean sus hijos/as, su pareja, sus padres o sus amigos.

# Índice de contenido

¿ Por qué es importante para usted su salud?	3
Imagínese más saludable	4
¿Quién puede ayudarla a estar más saludable?	5
Su proveedor de atención primaria es su apoyo #1 de su salud	6
¿Cuáles son sus metas de salud?	7-8
¿ Cuales son sus problemas de salud?	9
Conozca su historial médico y el de su familia	10
Mi historial médico	11-12
El historial médico de mi familia	13-15
Una lista para su visita con el/la doctor/a	16
¿Dónde recibo mi atención médica?	17-19
Los médicos de mis hijos/as	20
Los médicos de mi pareja	21
Mis notas	22-25
Acerca de Alzando las Voces de las Mujeres	26



# ¿Por qué es importante para usted su salud?

Mi salud es importante para mí. Merezco estar más saludable por qué:

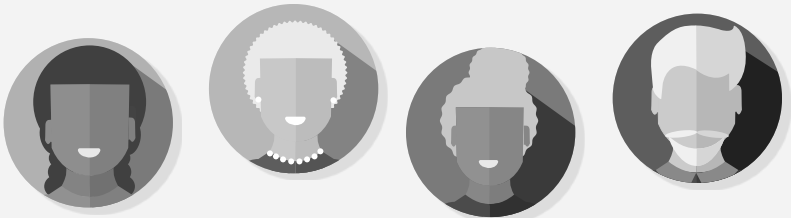
---

---

---

---

---



**Hay personas en mi vida que me necesitan.**

Quiero estar lo más saludable posible por estas personas:

---

(nombre)

---

(nombre)

---

(nombre)

---

(nombre)

## Imagínese más saludable.

Estar o mantenerse saludable requiere esfuerzo. Tendrá que hacer tiempo en su vida ocupada para cuidar su salud. ¡Pero vale la pena!

Tome un momento para imaginar cómo sería su vida diferente si estuviera más saludable. ¿Qué haría? ¿Cómo se sentiría? Por ejemplo, ¿podría correr por el autobús sin que le falte aire? ¿Tendría más energía para el trabajo?

Conteste las frases abajo. También puede pegar imágenes que la inspiran a estar más saludable.

Si estuviera más saludable, estaría más inclinada a:

---

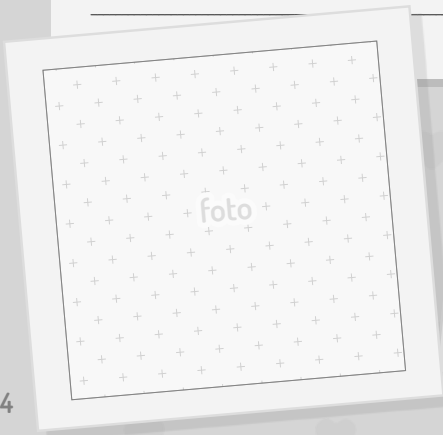
---

Me sentiría: \_\_\_\_\_

---

---

---





## ¿Quién puede ayudarla a estar más saludable?

Mantener su salud al día, al fin y al cabo depende de usted. Pero no es necesario que lo haga sola. Elija una o más personas para que sean su sostén mientras se esfuerza para estar saludable. Deben ser personas que la apoyan, con las que habla y ve regularmente. Por ejemplo, puede elegir una amiga, su hermana o su madre.

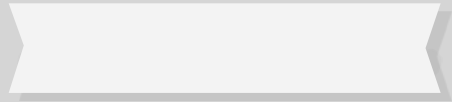
Anote las personas que le brindan apoyo aquí. Pegue fotos si las tiene.



## Su proveedor de atención primaria es el apoyo #1 de su salud

Una de las primeras cosas que debe hacer cuando obtenga su tarjeta de seguro médico es escoger un/a proveedor/a de atención primaria que esté “dentro de su plan” o “dentro de la red”.

Su proveedor/a de atención primaria puede ser un/a doctor/a, un/a enfermero/a especializado/a, o un/a asistente médico. Para simplificar, solo lo mencionaremos como doctor/a en este diario.



El nombre de su proveedor/a de atención primaria

Cada año debe programar una visita de seguimiento gratuita llamada “un examen general de la mujer” con su doctor/a. Durante su examen general de la mujer, usted y su doctor/a hablarán de su historial médico y sus metas. Usted puede prepararse al llenar las actividades en este diario. Luego, traiga el diario cuando vaya al doctor/a.



¿No está segura de lo que es un “examen general de la mujer”? ¿Necesita escoger un/a doctor/a que acepte su seguro médico? Encuentre respuestas en **MyHealthMyVoice.com**.

## ¿Cuáles son sus metas de salud?

Cuando visite a su doctor/a nuevo por primera vez, pídale ayuda para alcanzar sus metas. Aquí hay algunos ejemplos de metas de salud personales. Elija uno o más de estos o escriba sus propias metas en el espacio que aparece en la siguiente página.

«Quiero quedar embarazada en el próximo año y tener un embarazo saludable. ¿Qué debo hacer para estar lista?»

«No quiero quedar embarazada ahora. ¿Me pueden ayudar a encontrar un tipo de anticonceptivo que funcione mejor para mí?»

«Estoy preocupada por mi peso y me gustaría saber la mejor manera de perder unas cuantas libras sin riesgo.»

«Me he sentido muy deprimida últimamente. ¿Hay algo que me podría ayudar?»

«He estado tratando de dejar de fumar, pero es muy difícil. ¿Me puede ayudar a dejar de fumar para siempre?»

Escriba sus metas personales en el espacio que sigue.

Mi meta:

---

---

---

Mi meta:

---

---

---

---

Mi meta:

---

---

---

---



## Conozca su historial médico y el de su familia.

Su proveedor/a de atención primaria decidirá qué pruebas necesita según su edad, su propia salud (por ejemplo si tiene diabetes o VIH) y el historial médico de su familia. Su doctor/a le hará muchas preguntas durante su primera cita. Prepárese para responderlas llenando “Mi historial médico” en las páginas 11-12 y “El historial médico de mi familia” en las páginas 13 a la 15 de esta libreta. Tendrá que llamar a personas en su familia para preguntarles acerca de las condiciones médicas que han tenido y qué enfermedades tuvo usted cuando era niña.



Haga una lista aquí de las personas a las que necesita llamar para completar las secciones “Mi historial médico” y “El historial médico de mi familia”.


# Mi historial médico

Complete la información que aparece a continuación. La necesitará cuando visite a sus nuevos doctores.

¿Cuándo nació?  
(mes/día/año)

--	--	--

Anote las enfermedades que tuvo cuando era niña, como paperas, sarampión o varicela.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------

¿Qué vacunas ha recibido, por ejemplo contra el tétanos o el HPV?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------

Marque con un tilde cualquier enfermedad grave que haya tenido de adulta.

<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Cáncer de colon
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Cáncer de seno
<input type="checkbox"/>	Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	Cáncer de ovario
<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	Otro <input type="text"/>

¿Ha tenido alguna cirugía?

No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

Si respondió que sí, ¿por qué motivo?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------

# Mi historial médico

Escriba cualquier medicamento o suplemento que esté tomando actualmente.

Incluya el nombre del medicamento que aparece en el frasco y la dosis, por ejemplo tome la pastilla de 10 mg 2 veces por día.

Nombre del medicamento o suplemento      Dosis

Nombre del medicamento o suplemento	Dosis

¿Ha dado a luz?

Número de partos

¿Cuántos de ellos fueron con cesárea?

¿Actualmente qué tipo de método anticonceptivo usa

(si es que está usando algo)?

¿Fuma cigarrillos?

No

Sí

Si respondió que sí, ¿cuántos paquetes fuma al día?

¿Toma alcohol?

No

Sí

Si respondió que sí, ¿cuántas bebidas toma por semana?



## El historial médico de mi familia

Complete la gráfica en la próxima página con toda la información que obtenga hablando con otros familiares. Debe preguntar acerca de las siguientes condiciones de salud:

- Diabetes
- Asma
- Cardiopatía
- Derrame cerebral
- Cáncer de colon
- Cáncer de seno
- Cáncer de ovario



## El historial médico de mi familia

<b>Familia</b> (solamente relacionadas por sangre)	<b>Nombre del familiar</b>	<b>Relación a usted</b>
<b>Inmediato</b> (sus hermanos/as, padres, hijos/as)		
<b>De la madre</b> (los padres de ella, los/las hermano/as de ella)		
<b>Del padre</b> (los padres de él, los/las hermano/as de él)		



## Qué llevar con usted cuando vaya al médico

Antes de ir a su cita para el examen general de la mujer o a cualquier cita con el/al doctor/a, revise esta lista para asegurarse de tener todo lo que necesita:

### Listra para su visita con el/la doctor/a

Traiga este diario para que tenga lo siguiente:

- Una lista de metas e inquietudes para platicarlas con su proveedor/a de atención primaria.
- Su historial médico y el historial médico de su familia.
- Un lugar para tomar notas durante la cita.

También traiga lo siguiente:

- Paquetes o frascos de los medicamentos que está tomando.
- Su agenda o calendario, en caso de que necesite programar otros exámenes o citas con el/la doctor/a.
- Opcional: una persona que le brinde apoyo o sostén; alguien en la que confía para que la acompañe al/a la doctor/a.

## ¿Dónde recibo mi atención médica?

Complete los espacios vacíos que aparecen a continuación. Luego, tendrá toda la información que necesita sobre sus nuevos proveedores/as de salud en un solo lugar.

**Mi proveedor/a de atención primaria** (doctor/a, enfermero/a especializado/a, o médico asociado)

Nombre

Domicilio

Número de teléfono

Días/horas cuando el consultorio está abierto

**Mi proveedor/a de servicios médicos para mujeres** (obstetra/ginecólogo/a, enfermero/a especializado/a o clínica de planificación familiar)

Nombre

Domicilio

Número de teléfono

Días/horas cuando el consultorio está abierto

# Los lugares dónde recibo mi atención médica (cont.)

## Mis especialistas (por ejemplo, alergista o cardiólogo)

### Especialista

Nombre

Domicilio

Número de teléfono

(    )

Días/horas cuando el consultorio está abierto

### Especialista

Nombre

Domicilio

Número de teléfono

(    )

Días/horas cuando el consultorio está abierto

### Mi farmacia

Nombre

Domicilio

Número de teléfono

(    )

Días/horas cuando está abierto

# Los lugares dónde recibo mi atención médica (cont.)

**Mi centro de atención urgente** (para cuando se ha lastimado o está enferma y el consultorio de su doctor/a está cerrado. Primero averigüe si el centro de atención urgente es aceptado "dentro de la red" de cobertura de su seguro médico).

Nombre del centro de atención urgente más cercano que está en mi plan

Domicilio

Número de teléfono ( )

**Mi sala de emergencias** (usted puede ir a la sala de emergencias mas cercana cuando tenga una emergencia que pone en peligro la vida).

Nombre de la sala de emergencias en el hospital más cercano (solo para emergencias)

Domicilio

Número de teléfono ( )

**Mi dentista** (averigüe si tiene cobertura dental)\*

Nombre

Domicilio

Número de teléfono ( )

Días/horas cuando el consultorio está abierto

\* No todos los planes de salud incluyen cobertura dental.

## Los/as doctores/as de mis hijos/as

### Pediatra

Nombre

Domicilio

Número de  
teléfono

Días/horas cuando  
el consultorio está  
abierto

### El dentista de mis hijos/as

Nombre

Domicilio

Número de teléfono

Días/horas cuando  
el consultorio está  
abierto



# Los/las doctores/as de mi pareja

## El/la proveedor/a de atención primaria de mi pareja

Nombre

Domicilio

Número de  
teléfono

Días/horas cuando  
el consultorio está  
abierto

## El/la especialista de mi pareja

Nombre

Domicilio

Número de  
teléfono

Días/horas cuando  
el consultorio está  
abierto

## El dentista de mi pareja

Nombre

Domicilio

Número de  
teléfono

Días/horas cuando  
el consultorio está  
abierto



## Mis notas:

Nombre del/la proveedor/a de servicio médico:

---

Fecha de la cita:    /    /    Número de teléfono: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Mis notas:

Nombre del/la proveedor/a de servicio médico:

---

Fecha de la cita:    /    /    Número de teléfono:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**RAISING  
WOMEN'S  
VOICES**  
for the health care  
we need

# Sobre RAISING WOMEN'S VOICES (Alzando las voces de las mujeres)

Raising Women's Voices (Alzando las voces de las mujeres) es una iniciativa a nivel nacional que busca asegurar que se escuchen las voces de las mujeres y se tomen en cuenta nuestras preocupaciones durante la implementación de la Ley de cuidado de salud a bajo precio (ACA, en inglés). Raising Women's Voices/ Alzando las voces de las mujeres (RWV, por sus siglas en inglés) fue cofundada en 2007 como una colaboración del Proyecto MergerWatch de Community Catalyst, National Women's Health Network y Black Women's Health Imperative. Visite nuestro sitio web en [www.RaisingWomensVoices.net](http://www.RaisingWomensVoices.net).

# Coordinadoras Regionales de Raising Women's Voices

## **ARIZONA**

Trans Queer Pueblo

## **ARKANSAS**

Planned Parenthood of the Heartland

## **CALIFORNIA**

Access Women's Health Justice  
California Latinas For Reproductive Justice

## **COLORADO**

Colorado Organization For Latina Opportunity  
And Reproductive Rights

## **CONNECTICUT**

Planned Parenthood of Southern New England

## **GEORGIA**

Feminist Women's Health Center

## **ILLINOIS**

EverThrive Illinois

## **IOWA**

Planned Parenthood of the Heartland

## **KENTUCKY**

Kentucky Health Justice Network

## **LOUISIANA**

The Institute Of Women and Ethnic Studies  
Women With A Vision

## **MAINE**

Consumers For Affordable Health Care

## **MARYLAND**

Consumer Health First

## **MASSACHUSETTS**

NARAL Pro-Choice Massachusetts

## **MICHIGAN**

Enroll Michigan

## **MINNESOTA**

NARAL Pro-Choice Minnesota

## **MISSISSIPPI**

Mississippi In Action

## **MONTANA**

Montana Women Vote

## **NUEVA JERSEY**

New Jersey Citizen Action

## **NUEVO MÉXICO**

New Mexico Religious Coalition  
For Reproductive Choice

## **NUEVA YORK**

Raising Women's Voices - NY

## **OREGÓN**

Oregon Foundation for Reproductive Health

## **PENSILVANIA**

New Voices Pittsburgh  
Women's Way

## **RHODE ISLAND**

Planned Parenthood  
of Southern New England

## **TENNESSEE**

SisterReach

## **TEXAS**

The Lesbian Health Initiative of Houston, Inc  
The Afiya Center

## **WASHINGTON**

Northwest Health Law Advocates

## **VIRGINIA OCCIDENTAL**

WVFREE

## **WISCONSIN**

Wisconsin Alliance For Women's Health



**RAISING  
WOMEN'S  
VOICES**

for the health care  
we need



**healthcare  
education  
project**

**Healthcare • Education • Action!**