



# Lista de Preparación y Consejos para usar en casos de Emergencia

*Emergencias pueden ocurrir en cualquier momento.  
¡Prepárese desde ya, antes de que ocurra un desastre!*

**Usted no se encuentra preparado si no puede confirmar que estos artículos son parte de su plan:**

El centro de diálisis tiene mi dirección actual y los número(s) de teléfono necesarios para ponerse en contacto conmigo y/o miembro(s) de mi hogar o encargado(s) de mi cuidado.

He conversado acerca de mi plan de emergencia y de mi centro de diálisis con los miembros de mi hogar.

Nombre del centro de diálisis: \_\_\_\_\_

Dirección del centro de diálisis de alternativa: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del centro de diálisis: \_\_\_\_\_

**Tengo un plan de respaldo en caso de que mi centro de diálisis se encuentre cerrado.**

Nombre del centro de diálisis de alternativa: \_\_\_\_\_

Dirección del centro de diálisis de alternativa: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del centro de diálisis de alternativa: \_\_\_\_\_

**Tengo una copia de la receta para mi tratamiento actual.**

### Receta para Dialysis Actual

Tiempo en tratamiento: \_\_\_\_\_ Dialisato: \_\_\_\_\_

Tasa de flujo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Tratamiento con medicamento

Tasa de flujo de dialisato: \_\_\_\_\_ anticoagulante: \_\_\_\_\_

**Tengo una afección médica adicional:** \_\_\_\_\_

**Reviso los artículos de mi estuche de emergencia cada seis meses para asegurarme de que todo funciona en la forma apropiada y nada a caducado.**

**Reviso y actualizo mi lista de emergencia por lo menos cada seis meses.**

### Use esta lista para preparar su estuche de emergencia.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos con receta y lista de medicamentos            | <input type="checkbox"/> Cobija abrigadora   |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro y/o tarjeta de Medicare                  | <input type="checkbox"/> Radio portátil  |
| <input type="checkbox"/> Copia actual del informe de laboratorio                    | <input type="checkbox"/> Linterna con pilas extra  |
| <input type="checkbox"/> Estuche de primeros auxilios                               | <input type="checkbox"/> Teléfono celular con su cargador  |
| <input type="checkbox"/> Botella de agua  | <input type="checkbox"/> Libros, juegos, rompecabezas  |
| <input type="checkbox"/> Alimentos no perecederos que sean parte de una dieta renal | <input type="checkbox"/> Lista de contacto de sus asistentes médicos                               |
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo   | <input type="checkbox"/> Identificación con fotografía   |
| <input type="checkbox"/> Un par de anteojos extra                                   | <input type="checkbox"/> Estanque de su carro lleno de gasolina/medio de transporte de alternativa |
| <input type="checkbox"/> Abridor de latas manual                                    |  |

**Hable con los miembros de su hogar y equipo de cuidado sobre sus planeo en caso de emergencia.**

### Líneas de Asistencia al Paciente

**ARA: 888.880.6867 DaVita: 800.400.8331 DCI: 866.424.1990 Fresenius: 800.626.1297 US Renal Care: 866.671.8772**

**ESRD Network:** \_\_\_\_\_