

# cuaderno para la continuidad de cuidados



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

El Servicio Andaluz de Salud pone a disposición de los usuarios y profesionales este Cuaderno para la Continuidad de Cuidados, para que la información más relevante sobre el estado de salud del paciente y de su cuidadora esté a disposición de todos los profesionales que van a intervenir en su atención.

Este Cuaderno pretende ser un instrumento que facilite la continuidad de cuidados y entre sus objetivos están garantizar la seguridad del paciente, conocer las necesidades de la persona que lo cuida y facilitar la coordinación del trabajo de los profesionales.

Los pacientes frágiles, con procesos crónicos, reciben con mucha frecuencia cuidados y asistencia en diferentes dispositivos sanitarios; en centros de salud, en servicios de urgencias, en las consultas de especialistas y en los hospitales. Fomentar la cooperación entre los profesionales implicados en el proceso del paciente es fundamental ya que la complejidad de las intervenciones relacionada con los problemas de salud de estos pacientes y las personas que los cuidan exige respuestas coordinadas entre los profesionales. Por esto, coordinar la asistencia y garantizar la continuidad de los cuidados prestados a estos pacientes es un reto.

Se incluye un apartado para recoger información específica sobre la situación de salud de la cuidadora para que los profesionales la tengan en cuenta como un usuario importante, ya que de ella depende el cuidado de otra persona.

Está diseñado para permitir su uso a cualquier profesional de la salud que detecte un problema importante que deba ser tenido en cuenta para valorar correctamente al paciente. Es un instrumento que porta el paciente o la persona que lo cuida y donde se puede visualizar de forma rápida los problemas de salud. Para que se alcance este objetivo, los profesionales que intervengan en la atención han de tener el compromiso de mantenerlo actualizado y vivo.

Juan Carlos Castro Álvarez  
Director Gerente  
Servicio Andaluz de Salud

# CUADERNO PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

enfermer@s del Servicio Andaluz de Salud



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía  
Avda. de la Constitución 18. 41071 Sevilla.  
[www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)

Datos catalográficos: Tirada 20.000 ejemplares

© 2004. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Autores: Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados

Depósito legal: SE-2026/05

Diseño y maquetación: Orbis Dictus  
Impresión: Tecnographic, S.L.

**CUADERNO PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS**

### ***Información para los usuarios***

Este Cuaderno ha sido diseñado para registrar la información necesaria sobre sus problemas de salud. Es una ayuda a los profesionales que le atienden a usted y a la persona que lo cuida.

Es importante que lo lleve consigo cada vez que haga uso de algún dispositivo sanitario: Centro de Salud, Consulta de Especialistas, Urgencias y Hospital, ya que cualquier profesional que detecte un problema importante de salud, lo incluirá en este cuaderno con el fin de mejorar la continuidad de sus cuidados y de su atención.

Gracias por su colaboración.

### ***Información para los profesionales***

Este documento tiene como objetivo ofrecer información útil y relevante a los profesionales que atienden y cuidan al paciente y a su cuidadora.

Es imprescindible que su cumplimentación sea rigurosa. Para ello tenga en cuenta las siguientes sugerencias:

El profesional que decide asignar el “Cuaderno para la continuidad de cuidados” se responsabiliza de la cumplimentación de los *DATOS PERSONALES* del paciente y de su cuidadora. Es importante registrar si la cuidadora es portadora de la “*Tarjeta de persona cuidadora de gran discapacitado*” y su afiliación a asociaciones de usuarios.

El apartado de *VALORACIÓN* está destinado a registrar un resumen de la valoración inicial y los resúmenes de posteriores valoraciones, dónde se reflejen los datos clínicos de interés y el resultado de los cuestionarios, tests e índices utilizados.

El *PLAN DE ATENCIÓN* está compuesto de 3 partes: los *Problemas* detectados, las *Intervenciones* planificadas y la *Evolución de problemas*. Es importante registrar la evolución de todos y cada uno de los problemas identificados en las visitas sucesivas.

La *MEDICACIÓN* dispone de un espacio para mantenerla actualizada y donde se registren las alergias. Es importante cumplimentar la fecha en la que se suspende o cesa la medicación prescrita.

Si el paciente ha recibido *ATENCIÓN URGENTE* debe conocerse el motivo.

Será cumplimentado de forma resumida por el profesional que atienda al paciente, tanto en Atención Primaria como en el hospital, y cada vez que acude deberá constar al menos el motivo.

Si ha estado *INGRESADO EN EL HOSPITAL* este apartado será cumplimentado de forma resumida por el profesional de referencia que cuida al paciente. Este documento no sustituye al informe de continuidad de cuidados.

El material de *AYUDAS TÉCNICAS* que se encuentra en el domicilio del paciente debe quedar registrado por su enfermera de familia.

*LAS RECOMENDACIONES* para el paciente y cuidadora están al final del documento y no dentro del plan de atención para facilitar una rápida consulta a lo que se le recomienda.

Para que el paciente y su cuidadora conozcan cuando va a recibir la *PRÓXIMA VISITA*, se incluyen *TARJETAS* dónde anotarlas, del mismo modo existe otra tarjeta para *LAS CONSTANTES* y otros *CONTROLES CLÍNICOS* de interés.



## INDICE

PAG.

### **Paciente**

■ Datos personales	13
■ Antecedentes	15
■ Valoración inicial del Paciente	16
■ Valoración del Paciente	17
● Cuestionarios, tests e índices	20
■ Plan de Atención	23
● Problemas	23
● Intervenciones	25
● Evolución de problemas	28
■ Medicación actual del Paciente	38
■ Terapias respiratorias	43
■ Vacunaciones	45
■ Atención Urgencias	46
■ Hospitalización	48

## **Persona Cuidadora Principal**

■ Datos / Valoración de la Persona Cuidadora Principal	50
■ Decálogo	51
■ Valoración inicial de la Persona Cuidadora Principal	52
■ Valoración de la Persona Cuidadora Principal	53
● Cuestionarios, tests e índices	54
■ Plan de Atención	55
● Problemas	55
● Intervenciones	56
● Evolución de problemas	58
■ Medicación	62
<b>Ayudas técnicas en el domicilio</b>	64
<b>Recomendaciones para el Paciente</b>	65
<b>Recomendaciones para la Persona Cuidadora Principal</b>	67

### **Anexos**

(En fichas adjuntas)

- Anexo I: Próximas visitas en el domicilio
- Anexo II: Constantes y Controles del paciente

### DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

NÚMERO ÚNICO DE SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE HISTORIA: \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO (EDAD): \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A (TELÉFONO): \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

VÍNCULO CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL DE GRAN DISCAPACITADO: SI  NO

	NOMBRE	TELÉFONOS
<b>CENTRO DE SALUD</b>		Cita previa: Información:
<b>HOSPITAL DE REFERENCIA</b>		
<b>URGENCIAS / EMERGENCIAS</b>		<b>EMERGENCIAS 112</b> Centro de Salud:
<b>SALUD RESPONDE</b>		902505060
<b>MÉDICO de FAMILIA</b>		
<b>ENFERMERA de FAMILIA</b>		
<b>ENFERMERA COMUNITARIA de ENLACE</b>		
<b>TRABAJADORA SOCIAL</b>		
<b>ASOCIACIONES</b>		

## ANTECEDENTES

### ◆ Antecedentes familiares

---

---

---

---

---

### ◆ Antecedentes personales

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Valoración inicial del paciente**

Fecha y resumen de la valoración

(Incluir el número y frecuencia de visitas que recibe el paciente)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Valoración del paciente

Fecha y resumen de la valoración

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Valoración del paciente**

Fecha y resumen de la valoración

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Valoración del paciente

Fecha y resumen de la valoración

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





**Cuestionarios/Tests/Índices**

Fecha, puntuación e interpretación

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE

	<b>PROBLEMAS</b>	FECHA INICIO/ FINAL	NOMBRE Y FIRMA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

	<b>PROBLEMAS</b>	FECHA INICIO/ FINAL	NOMBRE Y FIRMA
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			

**PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE**

***INTERVENCIONES***

**NOMBRE, FECHA Y FIRMA**


**PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE**

***INTERVENCIONES***

**NOMBRE, FECHA Y FIRMA**




PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE

*INTERVENCIONES*

NOMBRE, FECHA Y FIRMA


**PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE**

***EVOLUCIÓN DE PROBLEMAS***

**NOMBRE, FECHA Y FIRMA**




**PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE**

***EVOLUCIÓN DE PROBLEMAS***

NOMBRE, FECHA Y FIRMA


**PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE**

***EVOLUCIÓN DE PROBLEMAS***

**NOMBRE, FECHA Y FIRMA**


**PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE**

***EVOLUCIÓN DE PROBLEMAS***

**NOMBRE, FECHA Y FIRMA**


**PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE**

***EVOLUCIÓN DE PROBLEMAS***

**NOMBRE, FECHA Y FIRMA**


PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE

*EVOLUCIÓN DE PROBLEMAS*

NOMBRE, FECHA Y FIRMA




**PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE**

***EVOLUCIÓN DE PROBLEMAS***

**NOMBRE, FECHA Y FIRMA**


**PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE**

***EVOLUCIÓN DE PROBLEMAS***

**NOMBRE, FECHA Y FIRMA**


**PLAN DE ATENCIÓN DEL PACIENTE**


***EVOLUCIÓN DE PROBLEMAS***

**NOMBRE, FECHA Y FIRMA**


**Alergias:**

MEDICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE							
<i>Fecha Inicio</i>	<i>Fármaco</i>	<i>Dosis</i>	<i>Vía</i>	<i>Horario</i>			<i>Fecha cese</i>
							

**Alergias:**

MEDICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE							
<i>Fecha Inicio</i>	<i>Fármaco</i>	<i>Dosis</i>	<i>Vía</i>	<i>Horario</i>			<i>Fecha cese</i>
							

**Alergias:**

MEDICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE							
<i>Fecha Inicio</i>	<i>Fármaco</i>	<i>Dosis</i>	<i>Vía</i>	<i>Horario</i>			<i>Fecha cese</i>
							

**Alergias:**

MEDICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE							
<i>Fecha Inicio</i>	<i>Fármaco</i>	<i>Dosis</i>	<i>Vía</i>	<i>Horario</i>			<i>Fecha cese</i>
							

**Alergias:**

MEDICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE						
<i>Fecha Inicio</i>	<i>Fármaco</i>	<i>Dosis</i>	<i>Vía</i>	<i>Horario</i>		<i>Fecha cese</i>
						



### TERAPIAS RESPIRATORIAS

Fecha de inicio	Tipo de Terapia	Prescripción: dosis, flujo de O <sub>2</sub> y N° de horas	Fecha de cese

**TERAPIAS RESPIRATORIAS**

**Observaciones. Tolerancia, adhesión al tratamiento.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## VACUNACIONES

Tipo de vacunas	Fecha de Administración	Fecha próxima vacuna

## ATENCIÓN URGENCIAS

Fecha	Centro	Motivo de la consulta y problemas al alta	Profesional:Nombre, categoría y firma

## ATENCIÓN URGENCIAS

Fecha	Centro	Motivo de la consulta y problemas al alta	Profesional:Nombre, categoría y firma

**HOSPITALIZACIÓN****HOSPITAL:**

Unidad	Teléfono	Motivo de ingreso y Problemas al alta	Profesional referente	Fecha Ingreso	Fecha Alta

**HOSPITALIZACIÓN****HOSPITAL:**

Unidad	Teléfono	Motivo de ingreso y Problemas al alta	Profesional referente	Fecha Ingreso	Fecha Alta

HOSPITALIZACIÓN			HOSPITAL:		
Unidad	Teléfono	Motivo de ingreso y Problemas al alta	Profesional referente	Fecha Ingreso	Fecha Alta

HOSPITALIZACIÓN			HOSPITAL:		
Unidad	Teléfono	Motivo de ingreso y Problemas al alta	Profesional referente	Fecha Ingreso	Fecha Alta

### DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento (Edad): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Convive con el paciente? Si  No

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Centro de Salud: \_\_\_\_\_ Número único Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Número Historia: \_\_\_\_\_



## PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL

*Recuerde que usted también tiene derechos*

### Decálogo de derechos<sup>1</sup>

1. El derecho a dedicar tiempo y actividades a mi misma sin sentirme culpable
2. El derecho a experimentar sentimientos negativos por ver enfermo o estar perdiendo a un ser querido
3. El derecho a buscar soluciones que se ajusten razonablemente a mis necesidades y a las de mis seres queridos
4. El derecho a ser tratada con respeto por aquéllos a quienes solicitamos consejo y ayuda
5. El derecho a cometer errores y ser disculpada por ello
6. El derecho a ser reconocida como miembro valioso y fundamental de mi familia y la sociedad
7. El derecho a quererme a mi misma y a admitir que hago lo que es humanamente posible
8. El derecho a aprender y a disponer del tiempo necesario para aprenderlo
9. El derecho a admitir y expresar sentimientos, tanto negativos como positivos
10. El derecho a "decir no" ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas

#### *Bibliografía*

1. Izal Fernández de Troconiz M, Montorio Cerrato I, Días Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares; Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales, 1997. Adaptado por la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados.

**Valoración inicial de la Persona Cuidadora Principal**

Fecha y resumen de la valoración

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Valoración de la Persona Cuidadora Principal**

Fecha y resumen de la valoración

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**PLAN DE ATENCIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL**

	<b>PROBLEMAS</b>	FECHA INICIO/ FINAL	NOMBRE Y FIRMA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

## PLAN DE ATENCIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL

<i>INTERVENCIONES</i>	NOMBRE, FECHA Y FIRMA

**PLAN DE ATENCIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL**

<i><b>INTERVENCIONES</b></i>	NOMBRE, FECHA Y FIRMA

**PLAN DE ATENCIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL**

<b><i>EVOLUCIÓN DE PROBLEMAS</i></b>	<b>NOMBRE, FECHA Y FIRMA</b>





**PLAN DE ATENCIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL**

<i>EVOLUCIÓN DE PROBLEMAS</i>	NOMBRE, FECHA Y FIRMA



**Alergias:**

**MEDICACIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL**

<i>Fecha Inicio</i>	<i>Fármaco</i>	<i>Dosis</i>	<i>Vía</i>	<i>Horario</i>			<i>Fecha cese</i>
							



**Ayudas Técnicas en el Domicilio:**

Fecha de entrega	Tipo de material	Fecha de retirada

### RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

FECHA		NOMBRE/PROFESIONAL

### RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

FECHA		NOMBRE/PROFESIONAL



### RECOMENDACIONES PARA LA PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL

FECHA		NOMBRE/PROFESIONAL

### RECOMENDACIONES PARA LA PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL

FECHA		NOMBRE/PROFESIONAL



**Andalucía en familia**  
**Apoyo a las familias andaluzas**

