

# Organizar su atención médica

---



Recibir un diagnóstico de cáncer de mama puede provocar una amplia gama de emociones, como shock, miedo, negación, tristeza e incluso rabia y sensación de haber sido traicionada. Puede que se sienta abrumada por sus emociones o por tener que tomar muchas decisiones sobre su atención médica. Puede resultarle difícil absorber tanta información nueva y con frecuencia confusa.

Es importante que recuerde que no está sola. Una de cada ocho mujeres en los Estados Unidos desarrollará cáncer de mama en algún momento de su vida. Tal vez usted incluso ya conozca a alguien que ha vivido lo que usted está viviendo en este momento. Luego del cáncer, muchas mujeres continúan llevando vidas activas y saludables.

Los especialistas en cáncer de Sutter Health elaboraron este cuaderno a fin de brindarle las herramientas y la información que necesita para adoptar un rol activo en su atención médica.

Cuanto más aprenda sobre el cáncer de mama y las opciones de tratamiento disponibles, mejor preparada estará para enfrentar los desafíos que se le presenten y para tomar decisiones informadas sobre qué es lo más adecuado para usted.

Esperamos que este cuaderno le sea de utilidad durante este proceso.

No tenga miedo de pedir ayuda a otros durante esta época difícil. Sus familiares y amigos, sus médicos y su equipo de atención, los grupos de apoyo para el cáncer de su localidad y otras organizaciones pueden brindarle el apoyo y el aliento que tanto necesita y tener un papel fundamental en su recuperación.

La información que figura en esta sección la ayudará a planificar y a prepararse para su tratamiento. *Sin embargo, no pretende reemplazar la atención, los consejos y el plan de tratamiento individuales de su oncólogo y su equipo médico.*

## Consejos útiles

---



- Haga una lista de todos los médicos y otros proveedores de cuidados de la salud que la atienden y guarde sus tarjetas profesionales en el tarjetero incluido en este cuaderno.
- Si está disponible, utilice My Health Online, el sistema de registro médico electrónico de Sutter, en el que puede acceder a sus registros médicos y comunicarse con sus médicos por correo electrónico. Para inscribirse, pida ayuda en el consultorio de su médico o visite [myhealthonline.sutterhealth.org/mho](http://myhealthonline.sutterhealth.org/mho).
- Lleve este cuaderno a cada cita médica y a cada prueba que se realice para tenerlo como referencia.
- Lleve registros de todas sus visitas (médico, laboratorio, radiografías, etc.). Incluya:
  - con quién habló,
  - fecha y hora,
  - sus preguntas y las respuestas recibidas.
- Registre los resultados de las pruebas y los procedimientos.
- Tome nota de cualquier exploración por imágenes e informes que reciba; puede pedir que los graben en un disco para su comodidad.
- Usted llenará muchos papeles cuando visite médicos y otros proveedores de cuidados de la salud. En esta sección se incluye un formulario de historia clínica y una lista de medicamentos que puede rellenar y llevar con usted a las visitas. Los formularios no reemplazan los papeles que se le pedirá que rellene en las visitas médicas, pero le ayudarán a recordar información importante. Utilice los cuadros y formularios incluidos en este cuaderno para llevar un control de las citas médicas y de la información importante, como su historia clínica y sus medicamentos.
- Registre cualquier reacción que tenga a los medicamentos y tratamientos, así como síntomas inusuales, e infórmele a su médico.
- Actualice su lista de medicamentos y entréguele una copia a su proveedor de cuidados de la salud.
- Además de este cuaderno, podría resultarle útil grabar sus visitas médicas y/o llevar a alguien con usted para que le ayude a recordar lo hablado durante la visita.
- **Proteja la información personal sobre su salud!** En muchos registros e informes de pruebas figura información personal, como su fecha de nacimiento, domicilio e información médica. **Es muy importante** que proteja su privacidad. Cuide este cuaderno tal como lo haría con cualquier registro confidencial. No deje su cuaderno y sus registros desatendidos y tenga cuidado para evitar perder su información.

## Su equipo de atención médica

Habrán diferentes tipos de médicos, personal de enfermería y otros proveedores de cuidados de la salud que la atenderán durante el transcurso del tratamiento y después. Su equipo de atención médica podría incluir un:

### **Médico de atención primaria**

El médico que la atiende regularmente.

### **Ginecólogo**

Un médico especializado en la salud de la mujer en todas las etapas de la vida.

### **Cirujano**

Un médico especializado en procedimientos quirúrgicos para el cáncer.

### **Patólogo**

Un médico que examina las muestras de tejido mamario bajo un microscopio para ver si contienen células cancerosas o anormales.

### **Oncólogo médico**

Un médico especializado en tratamientos médicos para el cáncer.

### **Oncólogo radioterapeuta**

Un médico especializado en el uso de radiación para tratar el cáncer.

### **Cirujano especializado en reconstrucción mamaria**

Un médico, por lo general un cirujano plástico, que se especializa en reconstruir la apariencia de la mama para que luzca igual que antes.

### **Enfermero oncológico**

Un enfermero especialmente preparado y capacitado para cuidar a pacientes con cáncer.

### **Trabajador social oncológico**

Un trabajador social que se especializa en brindar asesoramiento y otros servicios de salud mental a pacientes con cáncer. También son los encargados de referir a las pacientes a otros servicios de apoyo y pueden brindar información sobre recursos comunitarios útiles.

### **Nutricionista o dietista registrado**

Un profesional de la salud que puede recomendarle cambios en la dieta para ayudarla a tener una mejor nutrición antes, durante y después del tratamiento.

## Su derecho a saber

Usted tiene derecho a que se le explique, en un vocabulario comprensible para usted, todo lo que desee saber sobre su estado de salud. Sin embargo, debe informar a su equipo de atención médica sobre cuánta información desea conocer realmente y cuándo estará lista para recibir esa información. Puede ser mucho para digerir de una sola vez.

Usted recibirá información de muchas personas y fuentes diferentes. Es importante que tome notas durante las visitas y que compare la información recibida. Si tiene preguntas o recibe información contradictoria, comparta sus dudas con un médico de su confianza, que será su principal fuente de información. Establecer una buena relación con su médico es una parte importante de su atención. Usted debe sentirse cómoda al compartir información, hacer preguntas y plantearle inquietudes a su médico.

Se sentirá más confiada y segura al tomar decisiones si entiende las recomendaciones y explicaciones de su médico y otros proveedores de cuidados de la salud. Si tiene preguntas, no dude en hacerlas. Muchas mujeres buscan una segunda opinión antes de decidir qué tratamiento seguir. La mayoría de las compañías de seguros cubren segundas opiniones, pero consulte con la suya para más seguridad.

## Resultados de exámenes y pruebas de laboratorio

Durante el proceso de diagnóstico y el tratamiento se le harán numerosas pruebas y estudios. También tendrá consultas con varios médicos. Es muy importante que lleve un registro de los resultados de sus pruebas así como de los médicos y proveedores a los que visite.

Los siguientes consejos la ayudarán a reducir el estrés asociado con perder los registros o no tenerlos actualizados y también la ayudarán a llevar un registro ininterrumpido de la atención que reciba.

- Cuando un médico le dé una orden para una prueba, pídale que escriba “cc al paciente” para que le entreguen una copia de los resultados a usted, y no solamente a sus proveedores de salud.
- Guarde los informes en este cuaderno, siempre el más reciente adelante.



### Los tipos de informes que podría recibir incluyen:

- ▶ Informes de imágenes (p. ej. mamografía, ecografía, imágenes por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, tomografía computarizada, etc.)
- ▶ Informes de patología, por lo general dos o tres informes diferentes. (Diríjase a la sección “Entender su diagnóstico” de este cuaderno.)
- ▶ Análisis de sangre
- ▶ Estudios cardíacos (electrocardiogramas, ecocardiogramas, ventriculografías isotópicas [MUGA por sus siglas en inglés])
- ▶ Informes quirúrgicos

# Mi historia clínica

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Diagnóstico de cáncer reciente \_\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_

Alergias/reacción \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Tel: (     ) \_\_\_\_\_

Cirujano \_\_\_\_\_ Tel: (     ) \_\_\_\_\_ Fax: (     ) \_\_\_\_\_

Médico de cabecera \_\_\_\_\_ Tel: (     ) \_\_\_\_\_ Fax: (     ) \_\_\_\_\_

Oncólogo médico \_\_\_\_\_ Tel: (     ) \_\_\_\_\_ Fax: (     ) \_\_\_\_\_

Oncólogo radioterapeuta \_\_\_\_\_ Tel: (     ) \_\_\_\_\_ Fax: (     ) \_\_\_\_\_

Otro médico \_\_\_\_\_ Tel: (     ) \_\_\_\_\_ Fax: (     ) \_\_\_\_\_

Farmacia \_\_\_\_\_ Tel: (     ) \_\_\_\_\_ Fax: (     ) \_\_\_\_\_

¿Tiene directivas anticipadas? No  Sí  Guardadas en (lugar) \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono de mi representante \_\_\_\_\_ Tel: (     ) \_\_\_\_\_

Fecha de las inmunizaciones: Tétanos \_\_\_\_\_ Prueba cutánea de TB \_\_\_\_\_ Vacuna de la gripe \_\_\_\_\_

Neumonía \_\_\_\_\_ Hepatitis \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_

Fecha de las pruebas: Mamografía \_\_\_\_\_ Densidad ósea \_\_\_\_\_ Examen pélvico \_\_\_\_\_

Prueba de Papanicolaou \_\_\_\_\_

**Problema(s) médico(s)** *Marque con un círculo el problema cuando la respuesta sea sí*

<p><b>Otro tipo de cáncer/ fecha</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Cardiovasculares</b></p> <p>Anemia</p> <p>Sangrado fácil</p> <p>Coágulos sanguíneos (flebitis)</p> <p>Dolor en el pecho</p> <p>Mareos/desmayos</p> <p>Ataque cardíaco</p> <p>/insuficiencia cardíaca</p> <p>Presión arterial alta</p> <p>Accidente cerebrovascular</p>	<p><b>Pulmonares</b></p> <p>Asma/bronquitis</p> <p>Tos crónica</p> <p>Enfisema/neumonía</p> <p>Tuberculosis</p> <p>¿Fumó o fuma?</p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Paquetes/año _____</p>	<p><b>Musculoesqueléticos</b></p> <p>Artritis</p> <p>Dolor en articulaciones/huesos</p> <p>Osteoporosis</p> <p><b>Abdominales</b></p> <p>Inflamación abdominal</p> <p>Sangre en las heces</p> <p>Estreñimiento/diarrea</p> <p>Vesícula</p> <p>Acidez/úlceras</p> <p>Hepatitis</p> <p>Náuseas/vómitos</p> <p>Úlcera</p>	<p><b>De vejiga</b></p> <p>Dolor en la parte baja de la espalda</p> <p>Infección en la vejiga</p> <p>Sangre en la orina</p> <p>Orinar con frecuencia</p> <p>Infección renal</p> <p><b>Otros</b></p> <p>Convulsiones</p> <p>Diabetes</p> <p>Hipertiroidismo</p> <p>Hipotiroidismo</p> <p>Dolor / inflamación en las piernas</p> <p>Ansiedad / depresión</p>	<p>Pérdida de peso _____ libras</p> <p>En qué período: _____</p> <p><b>Síntomas molestos actuales</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Historia ginecológica

Edad del primer período menstrual \_\_\_\_\_ Edad de la menopausia \_\_\_\_\_ Edad del primer parto vivo \_\_\_\_\_

Cantidad de embarazos \_\_\_\_\_ Cantidad de partos vivos \_\_\_\_\_ Meses totales de amamantamiento \_\_\_\_\_

Histerectomía No  Sí  Edad \_\_\_\_\_ ¿Le quitaron también los ovarios? No  Sí

Terapia hormonal: a. Píldoras anticonceptivas No  Sí  Meses/años totales \_\_\_\_\_

b. Estrógenos No  Sí  Meses/años totales \_\_\_\_\_ c. Progesterona No  Sí  Meses/años totales \_\_\_\_\_

## Cirugías o procedimientos invasivos anteriores / Fecha

## Mis antecedentes familiares

Relación / Nombre	¿Vive? Sí (edad) No		Historia clínica <i>Marque con un círculo la que corresponda</i> C (cáncer), PC (problema cardíaco), D (diabetes), ACV (accidente cerebrovascular)	Edad cuando se diagnosticó el cáncer	Pruebas genéticas para el cáncer
Abuelo paterno			C Tipo: : _____ PC D ACV Otro:		S / N Resultados _____
Abuela paterna			C Tipo: _____ PC D ACV Otro:		S / N Resultados _____
Abuelo materno			C Tipo: _____ PC D ACV Otro:		S / N Resultados _____
Abuela materna			C Tipo: : _____ PC D ACV Otro::		S / N Resultados _____
Padre			C Tipo: _____ PC D ACV Otro:		S / N Resultados _____
Madre			C Tipo: : _____ PC D ACV Otro::		S / N Resultados _____
Tía materna			C Tipo: _____ PC D ACV Other:		S / N Resultados _____
Tío materno			C Tipo: _____ PC D ACV Otro::		S / N Resultados _____
Tía paterna			C Tipo: _____ PC D ACV Otro:		S / N Resultados _____
Tío paterno			C Tipo: _____ PC D ACV Other:		S / N Resultados _____
Hermano			C Tipo: _____ PC D ACV Otro:		S / N Resultados _____
Hermano			C Tipo: _____ PC D ACV Otro:		S / N Resultados _____
Hermana			C Tipo: : _____ PC D ACV Otro::		S / N Resultados _____
Hermana			C Tipo: _____ PC D ACV Otro:		S / N Resultados _____
Primo/a hermano/a			C Tipo: _____ PC D ACV Otro:		S / N Resultados _____
Primo/a hermano/a			C Tipo: _____ PC D ACV Otro::		S / N Resultados _____
Hijo/a			C Tipo: _____ PC D ACV Otro:		S / N Resultados _____
Hijo/a			C Tipo: _____ PC D ACV Otro:		S / N Resultados _____

# Mi registro de medicamentos

Nombre \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_ Sin alergias conocidas

Médico de cabecera o de atención primaria \_\_\_\_\_ Tel: (    ) \_\_\_\_\_

Farmacia 1 \_\_\_\_\_ Tel: (    ) \_\_\_\_\_

Farmacia 2 \_\_\_\_\_ Tel: (    ) \_\_\_\_\_

Medicamento (incluya concentración, dosis y frecuencia)	Recetado por	Finalidad	Fecha de inicio	Horarios de la toma			
				Mañana	Mediodía	Tarde	Antes de dormir

## Preguntas para hacerle a su médico

- ¿Por qué estoy tomando este medicamento?
- ¿Durante cuánto tiempo voy a tomarlo?
- ¿Debo tomarlo con el estómago vacío o con la comida?
- ¿Qué debo hacer si me olvido de tomarlo?
- ¿Qué efectos secundarios podría tener?
- ¿Es seguro tomar alcohol con este medicamento?
- ¿En qué casos debería comunicarme con usted?
- ¿Podría ahorrar dinero tomando un medicamento genérico igual de efectivo?

## Definiciones

**Medicamento genérico:** un medicamento que tiene el mismo principio activo que el medicamento de marca comercial. Este funcionará de la misma manera que el medicamento de marca, pero con frecuencia es más económico.

**Medicamento recetado:** un medicamento que solo se puede comprar con la autorización del médico.

**Fecha de inicio:** la fecha en que comenzó a tomar este medicamento.

*Lea con atención las etiquetas de los medicamentos. Registre los suplementos herbales y otros suplementos que esté tomando en la página siguiente.*

*Conserve este registro de medicamentos junto con otros documentos médicos importantes. Manténgalo actualizado en todo momento.*







