

Guía Personal de Salud



PREVENCIÓN

RÁCTICA

Resource ID # 5985

Guía Personal De Salud

Texas Department of Health
Bureau of Chronic Disease Prevention and Control
Chronic Disease Prevention Division
(512) 458-7534



U.S. Department of Health and Human Services
Public Health Service
D-20A
February 1994

Información Personal

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

En Caso de Emergencia

Llamar a: _____

Alergias: _____

Problemas Médicos Importantes: _____

Proveedor(es) de Cuidado de Salud:

Teléfono(s): _____

Número(s) de Seguro Médico: _____

Guía Personal de Salud

Trabajando con proveedor del cuidado de salud para mantenerse bien de salud, es tan importante como el recibir tratamiento cuando Usted esté enfermo. Esta guía personal de salud le ayudará a Usted y a un proveedor del cuidado de salud a estar seguro de que Usted recibirá los exámenes, inmunizaciones (vacunas) y guía que Usted necesita para mantenerse saludable.

Indice

Como Usar la Guía Personal de Salud	2
Peso	3
Presión Sanguínea	4
Colesterol	5
Inmunizaciones	6
Información De Inmunizaciones Para los Padres	7
Cuidado De Salud Bucal	8
Examen De los Senos	9
Mamograma	10
Papanicolaou	11
Cuidado Preventivo Adicional	12-13
Registro De Prevención Personal	14-15
Cuidado Preventivo para Mujeres	16-17
Fumar	18
Actividad Física	19
Nutrición	20
Seguridad	21
El SIDA	22
Planificación Familiar	23
Abuso de Alcohol y Drogas	24
Depresión	25
Para Más Información	26-27
Registro De Medicamentos	28-29
Notas	30-32
Ponga Prevención En Practica	33

Como Usar la Guía Personal de Salud

Lea la información importante en la parte superior de cada página. También lea las secciones amarillas etiquetadas "Para Usted" y conteste las preguntas. Sus respuestas le ayudarán a su proveedor del cuidado de salud a saber que cuidado preventivo necesita. Si Usted no entiende una pregunta, asegúrese de preguntarle a su proveedor del cuidado de salud acerca de ésta.

Llene la sección azul de cada página con la ayuda de su proveedor del cuidado de salud. Esto le ayudará a Usted y a su proveedor del cuidado de salud a planear su cuidado preventivo.

Use el registro de prevención personal en el centro de esta guía de salud para llevar un control de su cuidado preventivo Lleve ésta guía de salud a su casa y guárdela en un lugar seguro. Véala seguido para estar seguro que Usted está recibiendo el cuidado preventivo que necesita. Llévela con Usted cada vez que vea a un proveedor del cuidado de salud. (Por favor note: la frase "proveedor del cuidado de salud" es usada en esta guía de salud para referirse al proveedor de cuidado de salud de todos tipos, incluyendo doctores, enfermeras, practicantes de enfermería y asistentes médicos).

Peso



El pesar mucho o poco puede ser la causa de problemas de salud. Usted debe de tener su peso revisado regularmente por su proveedor del cuidado de salud. Su proveedor del cuidado de salud puede decirle cual es el peso saludable para Usted, y como conseguirlo y mantenerse en ese peso. Vea las páginas 19-20 para información de actividades físicas y nutrición.

Para Usted

Yo peso _____ libras.

Formas en que yo controlo mi peso ahora son:

1. _____
2. _____
3. _____

Con Su Proveedor del Cuidado de Salud

Un peso saludable para mí es entre _____ y _____ libras.

Las mejores formas para que yo controle mi peso son:

1. _____
2. _____
3. _____

Lleve el control de su peso usando el registro de prevención personal en el centro de esta guía de salud.



Presión Sanguínea

Haga que le revisen su presión sanguínea, por lo menos cada 2 años, y más seguido si está alta.

Si Usted tiene alta presión sanguínea, hable con su proveedor del cuidado de salud acerca de como bajarla cambiando su dieta, perdiendo exceso de peso, haciendo ejercicio o (sí es necesario) tomando medicina. Si Usted necesita tomar medicina, esté seguro de tomarla diariamente como se la receto el proveedor del cuidado de salud.

Haciendo que su presión sanguínea esté bajo control le ayudará a protegerlo de enfermedades cardiacas, ataques y problemas del riñón.

Con Su Proveedor del Cuidado de Salud

Mi presión sanguínea deberá ser más baja que _____ / _____.

Formas en las que puedo mantener mi presión sanguínea bajo control son:

1. _____
2. _____
3. _____

Lleve el control de su presión sanguínea usado el registro de prevención personal en el centro de esta guía de salud.



Colesterol

Pida que le revisen el nivel de su colesterol por lo menos cada 5 años. Mucho colesterol puede tapar sus vasos sanguíneos y causar enfermedades cardiacas y otros problemas serios. Si su colesterol es alto, su proveedor del cuidado de salud puede decirle como bajarlo cambiando su dieta, perdiendo exceso de peso, haciendo ejercicio y (si es necesario) tomando medicina. Su proveedor del cuidado de salud también puede decidir revisarle sus niveles de colesterol “malo” (LDL) y “bueno” (HDL).

Para Usted

La última vez que me revisaron el colesterol fue hace _____ años.

Mi colesterol fue _____ mg/dl.

Con Su Proveedor del Cuidado de Salud

Mi colesterol deberá ser revisado cada _____ año(s). Próxima cita _____.

Mi colesterol deberá ser menos de _____ mg/dl.

Formas en que puedo controlar mi colesterol son:

1. _____
2. _____
3. _____

Lleve el control de su colesterol usando el registro de prevención personal en el centro de esta guía de salud.



Inmunizaciones

Los adultos necesitan inmunizaciones (vacunas) para prevenir serias enfermedades. Usted deberá tener una vacuna de tétanos-difteria cada 10 años. A la edad de 65 años Usted deberá tener una vacuna del neumococo (“neumonía”) y empezar a tener vacuna de influenza (“el flu”) cada año.

Para Usted

Dígale a su proveedor del cuidado de salud si Usted es un trabajador de seguridad pública o de cuidado de salud, si recibe transfusiones de sangre u otros productos sanguíneos. Si Usted está comprometido en una actividad masculina homosexual, o si usa drogas ilegales, Usted puede decidir vacunarse contra el hepatitis.

También dígame a su proveedor del cuidado de salud si tiene enfermedades del corazón, pulmón, riñón, hígado, diabetes, anemia de células drepanocíticas, problemas del sistema inmune, (incluyendo infecciones de VIH) enfermedad de Hodgkin, linfoma, mieloma múltiple o si Usted es un trabajador de seguridad pública o cuidado de salud. Usted puede necesitar vacuna de influenza o neumococo antes de tener 65 años.

Con Su Proveedor del Cuidado de Salud

Lleve el control de sus vacunas que Usted recibe usando su registro de prevención personal en el centro de esta guía de salud.

Información de Inmunizaciones

Para los Padres



Las inmunizaciones son muy importantes para proteger a sus niños de muchos tipos de enfermedades. Asegúrese de tener todas las inmunizaciones para sus niños a las edades que se muestran abajo. ¡No deje que la fecha se le pase!

Para Niños

Polio (OPV) — a los 2, 4, 15 meses y entre los 4 y 6 años de edad.

Difteria-tétanos-tosferina (DTP) — a los 2, 4, 6, 15 meses y a los 4-6 años de edad. Una vacuna tétanos-difteria (TD) a los 15 años de edad.

Sarampión-paperas-rubeola (MMR) — a los 15 meses y entre 4-6 años o 11-12 años de edad.

Varicela (VZV) — entre los 12 y 18 meses de edad.

Hemófilo influenza tipo B (Hib) 2, 4, 6 y 15 meses o 2, 4 y 12 meses dependiendo del tipo de vacuna. Hable con su proveedor del cuidado de salud acerca de cuando su niño necesita esta importante vacuna.

Hepatitis B (HBV) — es una nueva vacuna para niños. Debe ser dada al nacer, y entre 1-2 meses y entre 6-18 meses, o entre 1-2 meses, 4 meses y 6-18 meses de edad.



Cuidado de Salud Bucal

Un buen cuidado de salud bucal es importante para sus dientes y salud en general. Con cuidado adecuado, sus dientes le durarán por el resto de su vida.

Visite a su dentista regularmente para revisiones. Cepílese después de las comidas con un cepillo dental suave o de cerdas medianas, usando una pasta dental con fluoruro. Use hilo dental diariamente.

Limite las cantidades de endulzantes que Usted come, especialmente entre comidas.

No fume o mastique productos de tabaco.

Para Usted

La fecha de mi última visita al dentista fue

Con Su Proveedor del Cuidado de Salud/Dentista

Necesito visitar a mi dentista cada _____ mes(es)/año(s). Próxima cita _____

Formas en que puedo mejorar mi salud dental son:

1. _____
2. _____
3. _____



Examen de los Senos

Para Mujeres

Usted debe de pedir que se le haga una examinación de sus senos regularmente por su proveedor del cuidado de salud para detectar bolas y otros signos de cancer.

Su proveedor del cuidado de salud también puede querer que Usted se examine sus senos para detectar algun problema. Hable con su proveedor del cuidado de salud acerca de que tan seguido debe de revisar sus senos y acerca de como hacerse un auto-examen de sus senos.

Para Usted

El último examen del seno que me hizo mi proveedor del cuidado de salud fue hace _____ año(s). Dígale a su proveedor del cuidado de salud si Usted nota una bolita en su seno, algún líquido saliendo de su pezón o algún cambio en la apariencia de su seno.

Con Su Proveedor del Cuidado de Salud

Necesito exámenes del seno por mi proveedor del cuidado de salud cada _____ año(s).

Próxima cita _____.

Lleve el control de los exámenes del seno hechos por su proveedor del cuidado de salud usando el registro de prevención personal en el centro de esta guía de salud.



Mamograma

Para Mujeres

Usted deberá tener mamogramas regularmente a la edad de 50 años. Algunas mujeres pueden necesitar mamogramas más temprano. Un mamograma es un examen de rayos-x que puede detectar el cáncer del seno cuando este es tan pequeño que Usted o su proveedor del cuidado de salud no lo pueden sentir y cuando ésta puede ser curado más fácilmente. Hable con su proveedor del cuidado de salud acerca de cuando empezar y que tan seguido debe de hacerse este importante examen.

Para Usted

El último mamograma fue hace ____ año(s). Dígale a su proveedor del cuidado de salud si su madre o una hermana ha tenido cáncer del seno. Usted puede necesitar mamograma más temprano y más seguido que otras mujeres.

Con Su Proveedor del Cuidado de Salud

Necesito un mamograma cada _____ año(s), empezando a la edad de _____.

Proxima cita _____.

Lleve el control de sus mamogramas usando el registro de prevención personal en el centro de esta guía de salud.



Papanicolaou

Para Mujeres

Usted necesita tener papanicolaous regularmente. Este simple examen ha salvado las vidas de muchas mujeres por detección temprana de cáncer del cuello de la matriz — cuando este sea más fácil de curar.

Hable con su proveedor del cuidado de salud de que tan seguido Usted necesita que le haga este importante examen.

Para Usted

El último examen de papanicolaou fue hace _____ años

Dígale a su proveedor del cuidado de salud si Usted ha tenido verrugas genitales, enfermedades transmitidas sexualmente (V.D.), múltiples compañeros sexuales o papanicolaous anormales.

Usted puede necesitar papanicolaous más seguidos que otras mujeres.

Con Su Proveedor del Cuidado de Salud

Necesito un papanicolaou cada _____ año(s).

Lleve el control de sus papanicolaous usando el registro de prevención personal en el centro de esta guía de salud.

Cuidado Preventivo Adicional

Abajo está una lista de tipos adicionales de cuidado preventivo que Usted puede necesitar, y las características familiares, personales y médicas que pueden hacerlas importantes para Usted.

Con Su Proveedor del Cuidado de Salud

Revise ésta lista con su proveedor del cuidado de salud y decida que cuidado preventivo adicional Usted necesita. Lleve control de este cuidado preventivo adicional usando el registro de prevención personal en el centro de esta guía de salud.

Exámenes del recto-sangre en el excremento y exámenes sigmoidoscópicos. Si Usted tiene 50 años de edad o mas, particularmente, si Usted ha tenido pólipos en el colon, miembros de la familia con cancer en el colon o si Usted ha tenido cancer del seno, ovario, uterino.

Examen de la prostata - si Usted tiene 50 años de edad o mas.

Examen testicular - si Usted es un hombre de 15-35 años de edad, particularmente si Usted ha tenido un testículo atrofico o que no descendió.

Examen de la boca - si ahora o en el pasado Usted ha consumido mucho alcohol o ha fumado o masticado tabaco.

Examen de la tiroides - si Usted ha tenido tratamiento de radiación de la mitad superior de su cuerpo.

Examen de la piel - si ha habido cancer en la piel en su familia o se ha expuesto mucho al sol.

Prueba de SIDA (VIH) - si Usted ha tenido una transfusión sanguínea entre 1978 y 1985, se ha inyectado drogas ilegales, ha tenido multiples compañeros sexuales o cualquier actividad masculina homosexual.

Pruebas de sífilis, gonorrea o clamidia - si Usted ha tenido múltiples compañeros sexuales o cualquier enfermedad de transmisión sexual.

Prueba de tuberculosis - si Usted se ha inyectado drogas ilegales, ha sido un alcohólico o un trabajador del cuidado de salud, ha estado expuesto a alguien con tuberculosis, se ha cambiado recientemente de Asia, Africa, Centro o Sud America o las Islas del Pacífico, si Usted ha tenido fallas renales o infección de VIH.

Prueba de glucosa - si Usted ha tenido un miembro de su familia con diabetes o ha tenido diabetes durante su embarazo.

Examen de los ojos - si Usted es mayor de 60 años de edad, mayor de 40 años y Africano-Americano, o tiene diabetes (a cualquier edad).

Terapia estrogénica - si Usted es una mujer que ha empezado la menopausia o si Usted tiene complexión delgado o es blanca o asiatica.

Terapia de aspirina - si Usted es un hombre de 40 años de edad o mas, particularmente si Usted tiene diabetes, alta presión sanguínea, alto colesterol, enfermedad cardiaca temprana en su familia, o si Usted fuma.

Registro de Prevención Personal

Este Registro de Prevención Personal le ayudará a llevar control del cuidado preventivo que Usted ha recibido o necesitará en el futuro. Con la ayuda de su proveedor del cuidado de salud, llene que tan seguido Usted necesita cada tipo de cuidado preventivo. Para algunos tipos de cuidado preventivo, Usted y su proveedor del

cuidado de salud pueden querer llenarlo con una meta. Escriba la fecha de cada vez que Usted recibe cuidado preventivo. Usted puede usar el espacio sobrante de cada cuadro para registrar información adicional (tal como resultados de exámenes y nombres del proveedor del cuidado de salud o clínica).

Tipo de Cuidado Preventivo		Anote Abajo Fechas, Resultados y Otra Información.			
Peso	Fecha				
Cada _____ meses/años					
meta _____ libras					
Presión Sanguínea	Fecha				
Cada _____ meses/años					
meta _____ / _____					
Colesterol	Fecha				
Cada _____ meses/años					
meta _____ mg/dL					
Vacuna tétanos-difteria (Td)	Fecha				
Cada 10 años					
Vacuna neumococo	Fecha				
Una vez a los 65 años de edad					
Vacuna de influenza	Fecha				
Cada año, empezando a los 65					
Visitas dentales	Fecha				
Cada _____ meses/años					

Cuidado Preventivo para Mujeres

Tipo de Cuidado Preventivo		Anote Abajo Fechas, Resultados y Otra Información					
Examen del Seno	Fecha						
Por Proveedor del cuidado de salud							
Cada _____ año (s)							
Mamograma	Fecha						
Cada _____ año (s)							
Papanicolaou	Fecha						
Cada _____ año (s)							

Cuidado Preventivo Adicional

Tipo de Cuidado Preventivo		Anote Abajo Fechas, Resultados y Otra Información					
	Fecha						
Cada _____ meses/años							
	Fecha						
Cada _____ meses/años							
	Fecha						
Cada _____ meses/años							
	Fecha						
Cada _____ meses/años							



Fumar

No fume. Si fuma, deje de hacerlo. Esta es la mejor cosa que Usted puede hacer para estar saludable. Pídale a su proveedor del cuidado de salud que le ayude a escoger una fecha para dejar de fumar y que lo aconseje en cómo no volver a empezar de nuevo. Siga tratando y aprenda de su experiencia. Usted puede lograrlo y vivir una saludable y larga vida.

Para Usted

He fumado _____ paquetes de cigarrillos diariamente por _____ años.

Con Su Proveedor del Cuidado de Salud

Tres razones para dejar de fumar son:

1. _____
2. _____
3. _____

Dejaré de fumar el: _____

Cuando quiera un cigarrillo, haré estas cosas en lugar de fumar:

1. _____
2. _____
3. _____

Actividad Física



La actividad física regular le ayudará a sentirse mejor y a mantener un peso saludable. También le ayudará a controlar su presión sanguínea y colesterol, y fortalecer su corazón y músculos. Caminatas enérgicas regulares de 30 minutos 3 veces por semana pueden mejorar su salud. Escoja actividades que le diviertan, que se ajusten a su rutina diaria y que Usted pueda hacerlas con un amigo. Usted puede encontrarla útil para mantener un registro de su actividad física.

Para Usted

Formas en que ahora hago actividades físicas regulares son:

1. _____
2. _____
3. _____

Con Su Proveedor del Cuidado de Salud

Formas en que puedo hacer más actividades físicas son:

1. _____
2. _____
3. _____



Nutrición

Comer los alimentos sanos le ayudará a vivir una larga y saludable vida. Muchas enfermedades tales como la diabetes, enfermedades cardíacas, y alta presión sanguínea pueden prevenirse o controlarse a través de una dieta saludable. Nunca es tarde para empezar a comer sano. Siga los siguientes consejos simples.

Consejos Dietéticos

Coma una variedad de alimentos.

Mantenga un peso saludable.

Escoja una dieta baja en grasa, grasa saturada y colesterol.

Escoja una dieta abundante en vegetales, frutas y productos de grano.

Use azúcares solamente con moderación.

Use sal y sodio solamente con moderación.

Si Usted toma bebidas alcohólicas, hágalo solamente con moderación (no más de una copa diaria para mujeres y dos copas diarias para hombres).

Seguridad



Muchas lesiones serias pueden prevenirse siguiendo las reglas básicas de seguridad.

Siempre use cinturones de seguridad cuando esté en un carro.

Nunca maneje después de tomar alcohol.

Siempre use un casco de seguridad cuando maneje motocicleta ó bicicleta.

Use detectores de humo en su casa. Cambie las baterías cada año y revise mensualmente que éstas estén trabajando.

Mantenga la temperatura de su agua caliente abajo de 120° F. Esto es especialmente importante si hay niños o ancianos viviendo en su casa.

Prevenga caída de ancianos. Componga las superficies resbalosas desaniveladas donde camina, mejore donde tenga poca iluminación e instale pasamanos en todas las escaleras.

Tener un pistola en casa puede ser peligroso. Si Usted la tiene, esté seguro de que la pistola y las balas estén encerrados bajo candado separadamente.

Esté alerta por peligros en su lugar de trabajo y siga todas las reglas de seguridad.



El SIDA

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es una enfermedad mortal que interrumpe la habilidad del cuerpo para combatir infecciones y enfermedades. El SIDA es causado por un virus (VIH). Previendo la infección de VIH, Usted puede prevenir el SIDA. Muchas clases diferentes de gente tienen SIDA—hombres y mujeres, casados y solteros, ricos y pobres. No hay actualmente una cura para el SIDA y no hay vacuna para prevenir la infección del VIH.

¿Como Obtienes El VIH?

Mucha gente con VIH ha sido infectada al tener sexo con un compañero infectado. Muchos otros han contraído el VIH cuando comparten agujas para inyectarse drogas.

Tu no te puedes infectar con VIH al saludar de la mano a alguien que tiene sida, por trabajar con alguien que lo tiene o por ser voluntario para ayudar a gente con SIDA.

Como Reducir el Riesgo de Obtener VIH

- Ud puede reducir el riesgo de obtener VIH no teniendo sexo, teniendo sexo solamente con una persona, mutuamente fieles, compañero no infectado o usando un condón de latex correctamente cada vez que haga el sexo.
- Puedes prevenir el VIH no inyectandote drogas o compartiendo agujas y jeringas.



Planificación Familiar

El nacimiento de un bebé es un evento de mucha felicidad. Aunque, es mejor tener hijos cuando Usted este preparado para cuidarlos. Si Usted es una mujer o hombre sexualmente activo y no esta listo para tener hijos, debe de usar un método seguro de anticonceptivos. Uno de los diferentes métodos de anticonceptivos que son efectivos que normalmente se usan por mas de un año están enlistados en la parte inferior de esta hoja. Platique con su proveedor del cuidado de salud sobre el mejor método de anticonceptivos para Usted.

Métodos de Anticonceptivos

Métodos Reversibles

- Medicamentos—pastillas anticonceptivas (97% efectivas) y implantes (mas de 99%)
- Artefacto anticonceptivo intrauterino (IUDs)—(97%)
- Métodos de impedimento-condónes (88%), diafragmas (82%), tapa cervical (82%), y esponjas vaginales (72%-82%)
- Métodos naturales de Planificación Familiar—(80%)
- Espermaticida (solo)-espumas y supositorios (79%)

Métodos Permanentes

- Esterilización—vasectomía (mas 99%) y ligadura de los tubos (mas 99%)



Uso de Alcohol y Drogas

No use drogas ilegales (de la calle) de cualquier tipo, nunca.

Use drogas prescritas unicamente como las recetadas por su proveedor del cuidado de salud. Use medicinas no prescritas solamente siguiendo las instrucciones de la etiqueta.

Si toma alcohol, hagalo con moderación-no más de una copa diariamente para mujeres y dos copas diariamente para hombres.

No tome nada de alcohol si Usted esta embarazada o puede estarlo en el futuro cercano. No tome alcohol antes o mientras maneja un vehiculo motorizado.

Si tiene problema el con alcohol o drogas, consulte a su proveedor del cuidado de salud o a otro profesional de salud.

Lea las siguientes preguntas. Si responde “si” a cualquier de estas preguntas puede ser signo de advertencia de que Usted tiene un problema de alcoholismo.

¿ Alguna vez ha sentido que Usted debería reducir su forma de beber?

¿Le ha molestado gente criticandolo por su forma de beber?

¿ Alguna vez se ha sentido mal o culpable por beber?

¿ Alguna vez ha tomado una copa al despertar en la mañana para tranquilizar sus nervios o para librarse de una cruda.

Depresión



Todos nos hemos sentido "Deprimidos" o "Melancólicos" algunas veces por lo tanto si estos sentimientos son muy fuertes o duran por mucho tiempo puede ser debido a una enfermedad médica-depresión. Esta enfermedad puede ser tratada pero esta no siempre es reconocida por pacientes o un proveedor del cuidado de salud.

Si Usted tiene 4 o más de estos signos de advertencia, Usted debe de hablar con su proveedor del cuidado de salud u otro profesional del cuidado de salud acerca de la depresión.

Signos De Advertencia De Depresión

- Sentimientos de tristeza, desesperado o culpable.
- Perdida de interes y gusto en actividades diarias.
- Problemas para dormir (ya sea mucho o poco).
- Fatiga, baja energia o sentimiento de "poco ánimo".
- Problemas al tomar decisiones o pensar claramente.
- Llorar mucho.
- Cambios en apetito o peso (subir o bajar).
- Pensamientos de suicidio o muerte.



Para Más Información

Si a Usted le gustaria aprender más acerca de como mantenerse saludable y prevenir enfermedades, Usted debería hablar con su proveedor del cuidado de salud o departamento de salud local. Usted puede también obtener información llamando a los numeros telefonicos enlistados a continuación, muchos de ellos son para llamar sin cargo.

Envejecimiento

Consejo Nacional de Envejecimiento
1-(800) 424-9046

SIDA

CDC Nacional, Línea de Emergencia Sida
1-(800) 342-AIDS

Abuso De Alcohol y Drogas

Oficina de Compensación Nacional para Información de Alcohol y Drogas
1-(800) 729-6686

Cancer

Servicio de Información de Cancer
1-(800) 4-CANCER

Abuso Infantil

Línea De Emergencia Nacional de Abuso Infantil
1-(800) 422-4453

Seguridad de Alimentos y Drogas

Administración de Alimentos y Drogas, Oficina de Asuntos del Consumidor
(301) 443-3170

Continúa en la Siguiente Pagina.



Para Más Información

Enfermedades del Corazón, Pulmón y Sangre
Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre,
Centro de Programas de Educación
(301) 951-3260.

Salud Maternal e Infantil

Oficina de Compensación Nacional de Salud Maternal e Infantil
(703) 821-8955 ext. 254

Salud Mental

Asociación Nacional de Salud Mental
1-(800)-969-6642

Seguridad Laboral y Salud

Instituto Nacional de Seguridad Laboral y Salud
1-(800)- 356-4674

Actividad Física y Estado Físico

Fundación de Aerobico y Estado Físico
1-(800)-BE FIT 86

Seguridad y Prevención De Lesiones

Comisión de Consumidor De Productos De Seguridad
1-(800) 638-CPSC

Administracion Nacional de Carreteras y Seguridad Vial

Seguridad de Caminos, Linea de Emergencia de Seguridad de Auto
1-(800)-424-9393

Enfermedades Transmitidas Sexualmente

CDC Nacional Línea STD Línen De Emergencia
1-(800) 227-8922

Ponga Prevención En Practica

“Ponga Prevención en Práctica” es una iniciativa nacional del Departamento de Salud de los Estados Unidos y de Servicios Humanos y su oficina de Servicio de Salud Pública en colaboración con las organizaciones del cuidado de salud pública y privada.

La finalidad de “Ponga Prevención en Práctica” es para mantener la salud de todos a través de mejorar la calidad de cuidados preventivos.

Usted puede ayudar a poner prevención en práctica manteniendo ésta guía de salud personal en un lugar seguro en su casa. Véala seguido para estar seguro que Usted ha recibido el cuidado preventivo que necesita, y lleve la con Usted cada vez que vaya a ver a su proveedor del cuidado de salud.

Usted también puede hacer su parte para ayudar o poner prevención en práctica siguiendo el consejo de salud en ésta guía de salud personal.

¡Tóme el control de su salud y viva una larga y feliz vida!

Para más información sobre la guía de “Ponga Prevención en Práctica”, pídala al Centro de Información Nacional de Salud:

National Health Information Center
P.O. Box 1133
Washington, D.C. 20013-1133

* Ni el Departamento de Servicio de Salud Pública, ni el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos endosan ningún producto en particular ni ningún servicio o organización.