

Mi diario de migraña

Mi nombre: _____ Tabla de síntomas de 31 días: Comenzando el _____ hasta el _____

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Día 8	Día 9	Día 10	Día 11	Día 12	Día 13	Día 14
Día 15	Día 16	Día 17	Día 18	Día 19	Día 20	Día 21
Día 22	Día 23	Día 24	Día 25	Día 26	Día 27	Día 28
Día 29	Día 30	Día 31	<p>Use los siguientes códigos para clasificar su patrón de dolor de cabeza y su impacto:</p> <p>M = días con migraña (encierra en un círculo si es intenso) W = faltó al trabajo A = faltó a una actividad T = días de tratamiento</p>		<p>Síntomas de dolor de cabeza:</p> <p>N = náuseas V = vómitos S = sensibilidad al sonido L = sensibilidad a la luz PM = dolor con el movimiento</p>	

OTC = tomó medicamentos de venta sin receta
Rx = tomó medicamentos de venta con receta
MC = usó un medicamento para el ciclo menstrual

Este formulario fue desarrollado en nombre de su proveedor por Primera Blue Cross.



BLUE CROSS

Una Licenciataria Independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Mis tratamientos para la migraña

<p>Fecha del dolor de cabeza: ____ / ____ / ____ (1 = leve, 5 = grave)</p> <p>Medicamento(s): _____</p> <p>¿A qué hora empezó su dolor de cabeza? _____</p> <p>¿A qué hora tomó algo? _____</p> <p>¿Qué tomó? ¿En qué dosis? _____</p> <hr/> <p>¿Qué tan intenso era su dolor de cabeza cuando comenzó el tratamiento?</p> <p style="text-align: right;">1 2 3 4 5</p> <p>Describa su dolor de cabeza a los 30 minutos: 1 2 3 4 5</p> <p>¿Tomó algo más? (Rescate) sí no</p> <p>En caso de que sí, ¿qué tomó y a qué hora? _____</p> <hr/> <p>Notas/Preguntas para mi proveedor: _____</p>	<p>Fecha del dolor de cabeza: ____ / ____ / ____ (1 = leve, 5 = grave)</p> <p>Medicamento(s): _____</p> <p>¿A qué hora empezó su dolor de cabeza? _____</p> <p>¿A qué hora tomó algo? _____</p> <p>¿Qué tomó? ¿En qué dosis? _____</p> <hr/> <p>¿Qué tan intenso era su dolor de cabeza cuando comenzó el tratamiento?</p> <p style="text-align: right;">1 2 3 4 5</p> <p>Describa su dolor de cabeza a los 30 minutos: 1 2 3 4 5</p> <p>¿Tomó algo más? (Rescate) sí no</p> <p>En caso de que sí, ¿qué tomó y a qué hora? _____</p> <hr/> <p>Notas/Preguntas para mi proveedor: _____</p>
<p>Fecha del dolor de cabeza: ____ / ____ / ____ (1 = leve, 5 = grave)</p> <p>Medicamento(s): _____</p> <p>¿A qué hora empezó su dolor de cabeza? _____</p> <p>¿A qué hora tomó algo? _____</p> <p>¿Qué tomó? ¿En qué dosis? _____</p> <hr/> <p>¿Qué tan intenso era su dolor de cabeza cuando comenzó el tratamiento?</p> <p style="text-align: right;">1 2 3 4 5</p> <p>Describa su dolor de cabeza a los 30 minutos: 1 2 3 4 5</p> <p>¿Tomó algo más? (Rescate) sí no</p> <p>En caso de que sí, ¿qué tomó y a qué hora? _____</p> <hr/> <p>Notas/Preguntas para mi proveedor: _____</p>	<p>Fecha del dolor de cabeza: ____ / ____ / ____ (1 = leve, 5 = grave)</p> <p>Medicamento(s): _____</p> <p>¿A qué hora empezó su dolor de cabeza? _____</p> <p>¿A qué hora tomó algo? _____</p> <p>¿Qué tomó? ¿En qué dosis? _____</p> <hr/> <p>¿Qué tan intenso era su dolor de cabeza cuando comenzó el tratamiento?</p> <p style="text-align: right;">1 2 3 4 5</p> <p>Describa su dolor de cabeza a los 30 minutos: 1 2 3 4 5</p> <p>¿Tomó algo más? (Rescate) sí no</p> <p>En caso de que sí, ¿qué tomó y a qué hora? _____</p> <hr/> <p>Notas/Preguntas para mi proveedor: _____</p>

Este formulario fue desarrollado en nombre de su proveedor por Premera Blue Cross.

La discriminación es prohibida

Premera Blue Cross (Premera) cumple con las leyes de derechos civiles federales y del estado Washington aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, número gratuito: 855-332-4535, fax: 425-918-5592, TTY: 711, correo electrónico AppealsDepartmentInquiries@Premera.com. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Asistencia con el idioma

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-722-1471 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-722-1471 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-722-1471 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-722-1471 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-722-1471 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-722-1471 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-722-1471 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-722-1471 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-722-1471 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-722-1471 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-722-1471 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-722-1471 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-722-1471 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ਪਿਆਰ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਮੇਰਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-722-1471 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-722-1471 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-722-1471 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-722-1471 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-722-1471 (ATS: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-722-1471 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-722-1471 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-722-1471 (TTY: 711).

توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-722-1471 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Este documento ha sido traducido del inglés solo para propósitos informativos. Esta traducción no cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras disposiciones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en inglés regirá para los propósitos de aplicación e interpretación. / This document has been translated from English for informational purposes only. This translation does not change the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version is controlling for the purposes of application and interpretation.