



## FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE EMERGENCIAS PARA NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

	American Academy of Pediatrics 	Fecha en que se completó el formulario Quién lo completó	Revisado  Revisado	Iniciales  Iniciales
<b>Nombre:</b>		Fecha de nacimiento:	Apodo:	
Dirección física:			Teléfono casa/trabajo:	
Padre/Tutor:			Nombres de contactos de emergencia y relación:	
Firma/Consentimiento:				
Idioma principal:			Número (s ) de teléfono:	
<b>Médicos:</b>			<b>Información de contacto:</b>	
Médico primario:			Teléfono de emergencia:	
			Fax:	
Médico especialista actual:			Teléfono de emergencia:	
Especialidad:			Fax:	
Médico especialista actual:			Teléfono de emergencia:	
Especialidad:			Fax:	
Sala de Emergencia preferida:			Farmacia:	
Centro de cuidado terciario previsto:				

<b>Diagnósticos/procedimientos anteriores/examen físico:</b>	
1.	Hallazgos físicos:
2.	
3.	Signos vitales:
4.	
Sinopsis:	Condición neurológica:

**Diagnósticos/procedimientos anteriores/examen físico (continuación):**

Medicamentos:

Hallazgos secundarios significativos base (laboratorios, rayos X, ECG):

1.

2.

3.

4.

Prótesis/Enseres/Aparatos de Tecnología de Asistencia:

5.

6.

**Datos para manejo:**

Alergias: Medicamentos/Alimentos que evitar:

Y por qué:

1.

2.

3.

Procedimientos que evitar:

Y por qué:

1.

2.

3.

Vacunas (mes/año):

Fechas

Fechas

DPT

Hep. B

OPV

Varicela

MMR

TB  
status

HIB

Otro:

Profilaxis con antibióticos:

Indicaciones:

Medicamento y dosis:

**Problemas comunes que presenta/hallazgos con manejos específicos sugeridos:**

Problema:

Estudios de diagnóstico sugeridos:

Consideraciones de tratamiento:

**Comentarios sobre asuntos médicos del niño, la familia u otros asuntos médicos específicos:**

Firma médico/proveedor:

Nombre en letra de molde: