



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
Nombre:		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:	
Médicos:			Información de contacto:	
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:				

Diagnósticos/procedimientos anteriores/examen físico:	
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:**