



Ejemplo del resumen médico y plan para emergencias

Los seis elementos esenciales para la transición de los cuidados médicos del paciente 2.0

Este documento debe entregarse al paciente quien lo debe llevar consigo en todo momento

Fecha:	Date Revised:	
Formulario llenado por:		
Información de contacto		
Nombre:	Nickname:	
Fecha de nacimiento:	Preferred Language:	
Padres (Guardián):	Relationship:	
Dirección:		
Teléfono celular:	Teléfono casa:	Best Time to Reach:
Correo electrónico:	Best Way to Reach: Text Phone Email	
Health Insurance/Plan:	Group and ID #:	
Emergency Care Plan		
Contacto de emergencia:	Relación:	Teléfono:
Lugar de atención de preferencia en caso de emergencia:		
Problemas que se presentan con frecuencia	Exámenes recomendados	Consideraciones sobre tratamientos
Preocupaciones especiales en cuanto a desastres:		
Alergias y procedimientos que deben evitarse		
Alergias	Reacciones	
Deben evitarse	¿Porqué?	
<input type="checkbox"/> Procedimientos médicos:		
<input type="checkbox"/> Medicamentos:		
Diagnósticos y problemas actuales		
Problema	Detalles y recomendaciones	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico primario		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico secundario		
<input type="checkbox"/> Comportamiento		
<input type="checkbox"/> Comunicación		
<input type="checkbox"/> Alimentación y deglución		
<input type="checkbox"/> Audición/visión		
<input type="checkbox"/> Aprendizaje		
<input type="checkbox"/> Ortopédico/Musculoesquelético		
<input type="checkbox"/> Anomalías físicas		
<input type="checkbox"/> Sistema respiratorio		
<input type="checkbox"/> Sistema sensorial		
<input type="checkbox"/> Vitalidad/Cansancio		
<input type="checkbox"/> Otros		



Ejemplo del resumen médico y plan para emergencias

Los seis elementos esenciales para la transición de los cuidados médicos del paciente 2.0

Información sobre escuela y comunidad			
Agencia/escuela	Información de contacto		
	Persona de contacto:	Teléfono:	
	Persona de contacto:	Teléfono:	
	Persona de contacto:	Teléfono:	
Información especial que el paciente desea que el médico conozca			
<hr/>			
Firma del paciente	Nombre en letra de imprenta	Número de teléfono	Fecha
<hr/>			
Padres/Guardián	Nombre en letra de imprenta	Número de teléfono	Fecha
<hr/>			
Firma del médico de atención primaria	Nombre en letra de imprenta	Número de teléfono	Fecha
<hr/>			
Firma del coordinador de atención médica	Nombre en letra de imprenta	Número de teléfono	Fecha

Por favor, sírvase adjuntar el registro de vacunas a este formulario.