

Modelo de resumen médico y plan de atención médica de emergencia

Este documento debe compartirse con el joven adulto.
Adjunte el registro de vacunas a este formulario.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre preferido

Nombre legal

Fecha de nacimiento

Idioma preferido

Dirección

Teléfono celular/teléfono de casa

Mejor horario para llamar

Correo electrónico

Mejor manera de ponerse en contacto (texto, teléfono, etc.)

Seguro o plan de salud

Números de identificación y grupo

COMPARTA CUALQUIER INFORMACIÓN ESPECIAL QUE EL JOVEN ADULTO DAR A CONOCER A SU NUEVO MÉDICO (por ejemplo, disfruta del béisbol, toca el piano).

PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Documentos legales de toma de decisiones limitada disponibles, si son necesarios

Plan de preparación ante desastres completado

Contacto de emergencia

Vínculo

Teléfono

Lugar preferido de atención médica de emergencia

Problemas que se presentan con frecuencia	Exámenes recomendados	Consideraciones en relación con tratamientos



Modelo de resumen médico y plan de atención médica de emergencia *(Continuación)*

ALERGIAS Y PROCEDIMIENTOS QUE DEBEN EVITARSE

Alergias

Reacciones

Deben evitarse

Motivos

Procedimientos médicos

Medicamentos

DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS ACTUALES

Problema

Detalles y recomendaciones

Diagnóstico primario

Diagnóstico secundario

Comportamiento

Comunicación

Alimentación y deglución

Audición/visión

Aprendizaje

Ortopédico/musculoesquelético

Anomalías físicas

Sistema respiratorio

Sistema sensorial

Vitalidad/cansancio

Otros

MEDICAMENTOS

Medicamentos

Dosis

Frecuencia

Medicamentos

Dosis

Frecuencia

Modelo de resumen médico y plan de atención médica de emergencia *(Continuación)*

MÉDICOS

<i>Nombre del médico</i>	<i>Especialidad principal y subespecialidad</i>	
<i>Clínica u hospital</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Fax</i>
<i>Nombre del médico</i>	<i>Especialidad principal y subespecialidad</i>	
<i>Clínica u hospital</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Fax</i>

CIRUGÍAS, INTERVENCIONES Y HOSPITALIZACIONES ANTERIORES

<i>Fecha</i>	<i>Cirugía/intervención/hospitalización</i>
<i>Fecha</i>	<i>Cirugía/intervención/hospitalización</i>

ESTADO GENERAL DE BASE

Signos vitales: *Altura* *Peso* *RR* *HR* *BP*

Estado neurológico

EXÁMENES DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS MÁS RECIENTES

<i>Examen</i>	<i>Resultado</i>	<i>Fecha</i>
<i>Examen</i>	<i>Resultado</i>	<i>Fecha</i>
<i>Examen</i>	<i>Resultado</i>	<i>Fecha</i>

EQUIPOS, APARATOS Y TECNOLOGÍA DE APOYO

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastrostomía | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | Monitores: |
| <input type="checkbox"/> Traqueotomía | <input type="checkbox"/> Ortopedia | <input type="checkbox"/> Apnea |
| <input type="checkbox"/> Succiones | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> O ₂ |
| <input type="checkbox"/> Nebulizador | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación | <input type="checkbox"/> Otro(s): _____ | <input type="checkbox"/> Glucosa |
| <input type="checkbox"/> Asiento adaptado | | |

Modelo de resumen médico y plan de atención médica de emergencia *(Continuación)*

INFORMACIÓN SOBRE LA ESCUELA Y LA COMUNIDAD

Agencia/escuela

Persona de contacto

Teléfono

Agencia/escuela

Persona de contacto

Teléfono

Agencia/escuela

Persona de contacto

Teléfono

PRÓXIMOS PASOS IMPORTANTES

Próximo(s) paso(s)

Próxima(s) consulta(s)

Firma del joven adulto

Fecha

Nombre en letra imprenta

Teléfono

Firma del personal de atención médica o del médico

Fecha

Nombre en letra imprenta

Teléfono

