

Modelo de resumen médico y plan de atención médica de emergencia

Este documento debe compartirse con el joven y el padre/cuidador. 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

Nombre del padre/cuidador

Vínculo

Teléfono

COMPARTA CUALQUIER INFORMACIÓN ESPECIAL QUE EL JOVEN O EL PADRE/CUIDADOR QUIERA 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

Fecha

Nombre en letra imprenta

Teléfono

Firma del padre/cuidador

Fecha

Nombre en letra imprenta

Teléfono

Firma del personal de atención médica o del médico

Fecha

Nombre en letra imprenta

Teléfono

