

Modelo de resumen médico y plan de atención médica de emergencia

Este documento debe compartirse con el joven/joven adulto y los padres/cuidadores. 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/JOVEN ADULTO O EL PADRE/ CUIDADOR QUIERA QUE LOS MÉDICOS SEPAN *(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

Nombre del médico

Especialidad principal y subespecialidad

Clínica u hospital

Teléfono

Fax

Nombre del médico

Especialidad principal y subespecialidad

Clínica u hospital

Teléfono

Fax

CIRUGÍAS, INTERVENCIONES Y HOSPITALIZACIONES ANTERIORES

Fecha

Cirugía/intervención/hospitalización

Fecha

Cirugía/intervención/hospitalización

ESTADO GENERAL DE BASE

Signos vitales:

Altura

Peso

RR

HR

BP

Estado neurológico

EXÁMENES DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS MÁS RECIENTES

Examen

Resultado

Fecha

Examen

Resultado

Fecha

Examen

Resultado

Fecha

EQUIPOS, APARATOS Y TECNOLOGÍA DE APOYO

Gastrostomía

Silla de ruedas

Monitores:

Traqueotomía

Ortopedia

Apnea

Succiones

Muletas

O₂

Nebulizador

Andador

Cardíaco

Dispositivo de comunicación

Otro(s): _____

Glucosa

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/joven adulto

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

