Formulario de Información de Emergencia para Niños con Necesidades Especiales

Identificación del Paciente

Fecha de hoy:	¿Quién está completando este formulario? Usted debe confirmar su consentimiento para usar este formulario		
Su nombre:	¿Es este un formulario nuevo o sólo una actualización?	☐ Actualización	☐ Nuevo

SE REQUIERE CONSENTIMIENTO

Yo (la persona mencionada arriba) confirmo que el padre o la madre / custodio da su consentimiento para usar este formulario

☐ Consentimiento

Nombre del paciente	Apodo o sobrenombre
Fecha de nacimiento	Domicilio
Lenguaje primario	Nombre del padre o de la madre / custodio
Teléfono del domicilio	Numero del contacto de emergencia
Teléfono del trabajo	
Teléfono celular	

Centros y Proveedores

Proveedor que brinda cuidado	Nombre del Proveedor	Especialidades	Números telefónicos de todos los contactos	Facsímil
Cuidado primario				
Especialista-1				
Especialista-2				
Especialista-3				
Especialista-4				
Especialista-5				
Otros				
Farmacia primaria (sucursal, teléfono)				
Departamento de emergencia primaria anticipada				
Centro de cuidado terciario anticipado				

Línea de Base Clínica

Lista de diagnóstico / problema (haga una lista de todos) empezando con el más importante

Resultados físicos de la línea de base

Señales vitales de la línea de base

Estado neurológico de la línea de base

Estado de competencia inmunológica

Sinopsis del estado clínico

Medicamentos (dosis, propósito)

Profilaxis del antibiótico (medicamento, dosis, indicación)

Estudios de laboratorio de línea de base principal / imágenes / diagnóstico

Prótesis, aparatos, dispositivos de tecnología avanzada, apoyo de vida

Alergias: Medicamentos, alimentos, substancias que se deben evitar y por qué

Directivas de avance (incluya fecha de revisión última)

Procedimientos que se deben evitar y por qué

1Administración de ED	Describa los problemas que se presentan comúnmente / conclusiones	Estudios sugeridos	Recomendaciones de tratamiento
	Problema-1		
	Problema-2		
	Problema-3		
	Problema-4		
	Problema-5		
	Otros problemas		
	Comentarios sobre el niño, familia, u otros asuntos médicos específicos		

Inmunizaciones		
	Fechas de DPT (vacuna contra difteria, tétano, tos ferina)	Estado de Varicela
	Fechas de Dtap (vacuna contra difteria, tétano, tos ferina)	Fechas de Hepatitis B
	Fechas de OPV o IPV (vacunas contra polio)	Fechas de Hepatitis A
	Fechas de MMR (vacuna contra sarampión, paperas, rubeola)	Meningococo (Especifique cuál si es posible)
	Fechas de Hib (Haemophilus Influenzae Tipo B)	Estado de TB (vacuna contra tuberculosis)
	Neumococo-7 (vacuna contra neumonía)	Virus HP (vacuna contra cáncer cervical)
	Otro	Otro

Planificación de Desastre y Ensayos

Revise o marque por lo menos dos de los desastres que posiblemente podrían afectar a este paciente.

☐ Falla de electricidad	☐ Fuego, fuego de bosques
☐ Huracán	☐ Daño de infraestructura (caminos, comunicación)
☐ Tornado	☐ Daño de estructura de refugio
☐ Terremoto	☐ Compromiso de abastecimiento de alimentos y agua
☐ Inundación	☐ Compromiso de medicamentos, abastecimientos, equipo
☐ Maremoto	☐ Accidente de radiación nuclear (precipitación radioactiva, fusión accidental del núcleo de un reactor, contaminación, detonación, etc.)
☐ Tormenta de nieve	☐ Explosión / disparo
☐ Avalancha	☐ Otro (por ejemplo, terrorismo, accidente biológico, accidente químico, otro evento climático)
☐ Derrumbamiento / Desprendimiento de barro	
Otro (describa)	Otro (describa)

Ensayos de desastre revisados o practicados con el paciente. Documentación de los ensayos completadas y fechas planificadas para prácticas futuras.

Fecha	Tipo de desastre	Ejemplo de ensayos:	Describa el tipo de ensayo
		Revisión verbal	
		Revisión de papeles	
		Simulación de computadora de modelo para mesa	
		Práctica manual,	
		Revisión de equipo	
		Revisión en casa	
		Energía eléctrica alterna	
		Uso de generador eléctrico	

Persona que brinda el cuidado médico o nombre del médico: (Escriba con letra de imprenta)	**Firma de la persona que da el cuidado médico o firma del médico:**	**Fecha:**