



Nombre del niño _____		Apellido _____		Fecha de nacimiento _____	
Progenitor Cuidador _____		Parentesco _____			
Dirección _____					
Teléfono de casa ¿Bloqueado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Mejor hora para establecer contacto _____		Dirección de correo electrónico _____	
Teléfono alternativo de la madre _____		Teléfono alternativo del padre _____			
Contacto de emergencia _____		Teléfono _____		Parentesco _____	
Contacto de emergencia _____		Teléfono _____		Parentesco _____	
Seguro/plan medico _____		# de identificación _____			

Diagnósticos	¿Plan de emergencia? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nivel de complejidad	
Primario _____	ICD9 _____	Primario _____	ICD9 _____
Secundario _____	ICD9 _____	Secundario _____	ICD9 _____
Secundario _____	ICD9 _____	Secundario _____	ICD9 _____
Alergias/reacción _____			
Medicamentos/dosis _____			

Médico de atención primaria (Primary Care Physician [PCP])

Teléfono	Fax	Dirección de correo electrónico	
Especialista/Especialidad	Clínica/Hospital	Teléfono	Otro fax, dirección de <i>correo electrónico</i> , etc.
#1 _____	_____	_____	_____
#2 _____	_____	_____	_____
#3 _____	_____	_____	_____
Servicio de enfermería/relevo _____		Teléfono _____	

Información de emergencia especializada



Nombre del Niño _____

Apodo _____

Fecha de Nacimiento _____

Problemas/datos de presentación comunes con manejos específicos sugeridos

Véa(n)se la(s) carta(s) del especialista adjuntas.

Problema #1

Signos y síntomas de presentación _____

Estudios diagnósticos sugeridos _____

Consideraciones sobre el tratamiento _____

Problema #2

Signos y síntomas de presentación _____

Estudios diagnósticos sugeridos _____

Consideraciones sobre el tratamiento _____

Problema #3

Signos y síntomas de presentación _____

Estudios diagnósticos sugeridos _____

Consideraciones sobre el tratamiento _____

Comentarios sobre el niño, la familia, u otros problemas médicos específicos

Firma del médico/proveedor

Escriba el nombre encima

Firma del miembro de la familia/guardián que da su consentimiento para
la divulgación de esta información a la sala de urgencias

Escriba el nombre encima



Plan de atención Parte II: Descripción del niño

Nombre del Niño _____

Apodo _____

Fecha de Nacimiento _____

Aspectos positivos y fortalezas del niño _____

Signos vitales *Basales*

Estatura _____

Peso _____

Temperatura _____

Otro _____

Desafíos Marque todos los que sean aplicables, por favor explique en las líneas de abajo

Conductual

Audición/vista

Anomalías físicas

Respiratorio

Comunicación

Aprendizaje

Sensorial

Otro _____

Alimentación y deglución

Ortopédicos/musculoesqueléticos

Resistencia/fatiga

Otro _____

Procedimientos que deben evitarse _____

Alimentos que deben evitarse _____

Actividades que deben evitarse _____

Operaciones/procedimientos previos

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____

Análisis de laboratorio/estudios diagnósticos más recientes

Análisis de laboratorio

Concentraciones de drogas

MRI/CT _____

EEG _____

EKG _____

Radiografías _____

Región cervical de la columna vertebral _____

Otra _____

Otra _____

Plan de atención Parte II: Descripción del niño (cont.)

Equipo/aparatos/tecnología de ayuda

Por favor marque todos los que sean aplicables, y use las líneas de abajo para explicar

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gastrostomía | <input type="checkbox"/> Nebulizador | <input type="checkbox"/> Monitores: (✓) __Apnea __O2 | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Traqueotomía | <input type="checkbox"/> Asiento adaptado | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Aspiración | <input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos | <input type="checkbox"/> Otro |

Sistema escolar/Cuidado de niños

Persona de contacto/rol _____

Teléfono _____

Información de la familia

Cuidadores _____

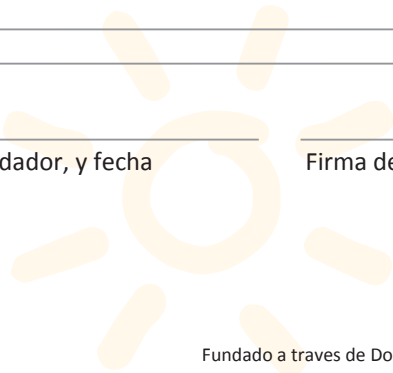
Hermanos _____

Otros hechos importantes _____

Circunstancias especiales/comentarios/qué le gustaría que supiéramos

Firma del padre o la madre/cuidador, y fecha _____

Firma del proveedor de atención primaria, y fecha _____



Fundado a través de Donaciones del fondo
es un fondo benéfico de la
Academia Americana de Pediatría



CENTRO NACIONAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE HOGAR MÉDICA
Un acuerdo cooperativo entre Departamento de Salud Materna e Infantil/Recursos de Salud y Servicios Administrativos y la Academia Americana de Pediatría