

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

<i>Nombre preferido</i>	<i>Nombre legal</i>	
<i>Fecha de nacimiento</i>	<i>Idioma preferido</i>	
<i>Dirección</i>		
<i>Teléfono celular/teléfono de casa</i>	<i>Mejor horario para llamar</i>	
<i>Correo electrónico</i>	<i>Mejor manera de ponerse en contacto (texto, teléfono, etc.)</i>	
<i>Seguro o plan de salud</i>	<i>Números de identificación y grupo</i>	
<i>Nombre del padre/cuidador</i>	<i>Vínculo</i>	<i>Teléfono</i>

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

<i>Contacto de emergencia</i>	<i>Vínculo</i>	<i>Teléfono</i>
<i>Lugar preferido de atención médica de emergencia</i>		

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

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

