

# En caso de emergencia

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Apellido:		Fecha de nacimiento:	
Idioma principal/modo de comunicación:			
Dirección:			
Dirección (secundaria):			
Padres/cuidadores:		Relación:	Teléfono:
Padres/cuidadores:		Relación:	Teléfono:
Contacto de emergencia:		Relación:	Teléfono:
Contacto de emergencia:		Relación:	Teléfono:
Diagnóstico:			
Alergias o restricciones dietéticas:			
Historia médica relevante: (cirugías recientes, estado actual)			
Medicamentos		Dosis/horarios	
Expedientes médicos archivados en:			
Teléfono:			
Fax:			

Información del hospital		
Hospital que prefiere: Dirección:	Teléfono: Teléfono de la Sala de Emergencias:	
Hospital secundario: Dirección:	Teléfono: Teléfono de la Sala de Emergencias:	
Información del médico		
Doctor para llamar en una emergencia:	Teléfono:	Fax:
Pediatra de cabecera:	Teléfono:	Fax:
Especialista:	Teléfono:	Fax:
Especialista:	Teléfono:	Fax:
Especialista:	Teléfono:	Fax:
Farmacia que prefiere		
Nombre:	Teléfono:	Fax:
Información del seguro		
Proveedor de seguro médico	ID#:	Teléfono:
<b>Importante información médica de referencia:</b> (signos vitales, función neurológica o cognoscitiva)		
<b>Equipos y tecnologías de asistencia:</b> (férulas/ortesis, andador, silla de ruedas, dispositivos para comunicación, oxígeno, bomba de insulina, equipo de aspiración)		
<b>La información más importante en caso de emergencia:</b> (miedos, comportamientos)		
<b>Lo que me calma cuando estoy asustado o dolorido:</b> (distracciones, canciones, libros, juguetes, ejercicios de respiración)		

Esta forma está disponible en [www.cshcn.org/planning-record-keeping/documents/](http://www.cshcn.org/planning-record-keeping/documents/)



Center for Children  
with Special Needs  
[www.cshcn.org](http://www.cshcn.org)

