

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:
Importante información médica de referencia: (signos vitales, función neurológica o cognoscitiva)		
Equipos y tecnologías de asistencia: (férulas/ortesis, andador, silla de ruedas, dispositivos para comunicación, oxígeno, bomba de insulina, equipo de aspiración)		
La información más importante en caso de emergencia: (miedos, comportamientos)		
Lo que me calma cuando estoy asustado o dolorido: (distracciones, canciones, libros, juguetes, ejercicios de respiración)		

Esta forma está disponible en www.cshcn.org/planning-record-keeping/documents/