

FORMULARIO DE INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

(Este formulario se debe llenar con un miembro de su equipo de atención de salud y compartirlo con el personal de emergencia)

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Lengua materna: _____

Dirección particular: _____

Padres o tutor: _____

Información de contacto: 1) _____ 2) _____
(por orden de prioridad) 3) _____ 4) _____

Médico de atención primaria: _____

Información de contacto: 1) _____ 2) _____
(por orden de prioridad) 3) _____ 4) _____

En caso de una emergencia: *LLAME AL 911*

Trasladar a: _____

Ubicación de los suministros de emergencia de su hijo en su hogar: _____

Ubicación de los suministros de emergencia de su hijo en _____: _____

Comentarios adicionales:

INFORMACIÓN MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA *(Consulte la historia clínica del niño para obtener los antecedentes médicos completos).*

Diagnóstico primario: _____

Diagnóstico secundario: _____

Medicamentos: 1) _____ 2) _____ 3) _____
4) _____ 5) _____ 6) _____

Tecnología: 1) _____ 3) _____
2) _____ 4) _____

Peso _____ **Estatura** _____ **Última medición** _____

ALERGIAS	LO QUE OCURRE
1.	
2.	
3.	

PRECAUCIONES Y LO QUE SE DEBE EVITAR

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA**VALORES DE REFERENCIA DEL NIÑO**

Frecuencia cardíaca: _____ Frecuencia respiratoria: _____ Temperatura: _____

Presión arterial: _____ Saturación de O2: _____

Otros comentarios: _____

Vacunas

	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha		Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
DTP					Hepatitis B				
OPV					Varicela				
MMR					Tuberculosis				
HIB					Otros				

PROBLEMA	INTERVENCIÓN RECOMENDADA

Juntos analizamos y aceptamos este plan.

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____