

# Emergency Information Form for Children With Special Needs

# Formulario de Información para Emergencias de Niños con Necesidades Especiales



Date form completed ~ Fecha en que se llenó el formulario:	Revised ~ Modificado:	Initials ~ Iniciales:
By Whom ~ Quién lo llenó:	Revised ~ Modificado:	Initials ~ Iniciales:

Name ~ Nombre:	Birth date ~ Fecha de nacimiento:    Nickname ~ Apodo:
Home Address ~ Dirección del domicilio:	Home/Work Phone ~ Teléfono de casa / de trabajo:
Parent/Guardian ~ Padre / Tutor legal:	Emergency Contact Names, Relationship, Phone Number(s): Nombres en caso de emergencia, parentesco, número(s) de teléfono:
Signature/Consent*: Firma / consentimiento*:	
Primary Language ~ Lengua materna:	

### Physicians ~ Médicos:

Primary Care Physician ~ Médico principal:	Emergency Phone ~ Número de teléfono en caso de emergencia:
	Fax:
Current Specialty Physician ~ Médico especialista actual:	Emergency Phone ~ Número de teléfono en caso de emergencia:
	Fax:
Specialty ~ Especialidad:	
Current Specialty Physician ~ Médico especialista actual:	Emergency Phone ~ Número de teléfono en caso de emergencia:
	Fax:
Specialty ~ Especialidad:	
Preferred Emergency Room: La sala de Emergencia adonde probablemente vaya:	Pharmacy / Phone number ~ Farmacia / Número de teléfono:
Anticipated Tertiary Care Center (Hospital with highest level of care): El centro de atención especializada adonde probablemente vaya (Hospital con el más alto nivel de atención):	

### Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam ~ Diagnósticos / Procedimientos anteriores / Examen físico:

1.	Baseline physical findings ~ Resultados del examen físico inicial:
2.	
3.	Baseline vital signs ~ Signos vitales iniciales:
4.	
Synopsis (Summary) ~ Sinopsis (Resumen):	Baseline neurological status ~ Condición neurológica inicial:

\*Consent for release of this form to health care providers ~ \*Consentimiento para divulgar este formulario a proveedores de atención médica

Last Name ~ Apellidos: \_\_\_\_\_

**Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam, continued** ~ Diagnósticos / Procedimientos anteriores / Examen físico, continuación:

<b>Medications</b> ~ Medicamentos:	<b>Significant baseline ancillary findings (lab, x-ray, ECG):</b> Resultados iniciales importantes de pruebas complementarias (análisis de laboratorio, radiografías, ECG):
1.	
2.	
3.	
4.	<b>Prostheses/Appliances/Advanced Technology Devices:</b> Prótesis / Aparatos / Equipo de tecnología avanzada:
5.	
6.	

**Management Data** ~ Datos para el tratamiento:

<b>Allergies: Medications/Foods to be avoided</b> Alergias: Medicamentos y alimentos que se deben evitar	<b>and why:</b> y la razón:
1.	
2.	
3.	
<b>Procedures to be avoided</b> ~ Procedimientos que se deben evitar:	<b>and why</b> ~ y la razón:
1.	
2.	
3.	

**Immunization Dates (mm/yy)** ~ Fechas de las inmunizaciones (mes/año)

DPT difteria, tétano, pertussis											
OPV antipoliomiélfica oral											
MMR triple vírica											
HIB <i>H. influenzae</i> tipo B											

<b>Antibiotic prophylaxis (Prevention with antibiotics):</b> Yes / No (circle)	<b>Indication (diagnosis needing antibiotic prevention):</b> Indicación (diagnóstico que necesita tratamiento preventivo con antibióticos):	<b>Medication and dose:</b> Medicamento y dosis:
Profilaxis con antibióticos (Tratamiento preventivo con antibióticos): Sí / No (marque uno con círculo)	<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>

**Common Presenting Problems/Findings, With Specific Suggested Managements**

Problemas o hallazgos comunes que se presentan y tratamientos específicos que se sugieren

Problem Problema	Suggested Diagnostic Studies Estudios diagnósticos que se sugieren	Treatment Considerations Las consideraciones de tratamiento

**Comments on child, family, or other specific medical issues** ~ Comentarios sobre el niño, la familia u otros asuntos médicos específicos:


**Physician/Provider Signature** ~ Firma del médico / proveedor      **Print Name** ~ Nombre en letra de molde