



Nombre del niño _____		Apellido _____		Fecha de nacimiento _____	
Progenitor Cuidador _____		Parentesco _____			
Dirección _____					
Teléfono de casa ¿Bloqueado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Mejor hora para establecer contacto _____		Dirección de correo electrónico _____	
Teléfono alternativo de la madre _____		Teléfono alternativo del padre _____			
Contacto de emergencia _____		Teléfono _____		Parentesco _____	
Contacto de emergencia _____		Teléfono _____		Parentesco _____	
Seguro/plan medico _____		# de identificación _____			

Diagnósticos	¿Plan de emergencia? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nivel de complejidad	
Primario _____	ICD9 _____	Primario _____	ICD9 _____
Secundario _____	ICD9 _____	Secundario _____	ICD9 _____
Secundario _____	ICD9 _____	Secundario _____	ICD9 _____
Alergias/reacción _____			
Medicamentos/dosis _____			

### Médico de atención primaria (Primary Care Physician [PCP])

Teléfono	Fax	Dirección de correo electrónico	
Especialista/Especialidad	Clínica/Hospital	Teléfono	Otro fax, dirección de <i>correo electrónico</i> , etc.
#1 _____	_____	_____	_____
#2 _____	_____	_____	_____
#3 _____	_____	_____	_____
Servicio de enfermería/relevo _____		Teléfono _____	

# Información de emergencia especializada

Nombre del Niño \_\_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_



## Problemas/datos de presentación comunes con manejos específicos sugeridos

Véa(n)se la(s) carta(s) del especialista adjuntas.

### Problema #1 \_\_\_\_\_

Signos y síntomas de presentación \_\_\_\_\_

Estudios diagnósticos sugeridos \_\_\_\_\_

Consideraciones sobre el tratamiento \_\_\_\_\_

### Problema #2 \_\_\_\_\_

Signos y síntomas de presentación \_\_\_\_\_

Estudios diagnósticos sugeridos \_\_\_\_\_

Consideraciones sobre el tratamiento \_\_\_\_\_

### Problema #3 \_\_\_\_\_

Signos y síntomas de presentación \_\_\_\_\_

Estudios diagnósticos sugeridos \_\_\_\_\_

Consideraciones sobre el tratamiento \_\_\_\_\_



## Comentarios sobre el niño, la familia, u otros problemas médicos específicos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Firma del médico/proveedor

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre encima

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro de la familia/guardián que da su consentimiento para la divulgación de esta información a la sala de urgencias

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre encima



# Plan de atención Parte II: Descripción del niño

Nombre del Niño \_\_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Aspectos positivos y fortalezas del niño \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Signos vitales *Basales*

Estatura \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Temperatura \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

**Desafíos** Marque todos los que sean aplicables, por favor explique en las líneas de abajo

Conductual

Audición/vista

Anomalías físicas

Respiratorio

Comunicación

Aprendizaje

Sensorial

Otro \_\_\_\_\_

Alimentación y deglución

Ortopédicos/musculoesqueléticos

Resistencia/fatiga

Otro \_\_\_\_\_

## Procedimientos que deben evitarse \_\_\_\_\_

## Alimentos que deben evitarse \_\_\_\_\_

## Actividades que deben evitarse \_\_\_\_\_

## Operaciones/procedimientos previos

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Análisis de laboratorio/estudios diagnósticos más recientes

Análisis de laboratorio

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Concentraciones de drogas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MRI/CT \_\_\_\_\_

EEG \_\_\_\_\_

EKG \_\_\_\_\_

Radiografías \_\_\_\_\_

Región cervical de la columna vertebral \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_

# Plan de atención Parte II: Descripción del niño (cont.)

## Equipo/aparatos/tecnología de ayuda

Por favor marque todos los que sean aplicables, y use las líneas de abajo para explicar

- |                                       |  |  |                                  |
|---------------------------------------|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gastrostomía | <input type="checkbox"/> Nebulizador                 | <input type="checkbox"/> Monitores: (✓) __Apnea __O2 | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Traqueotomía | <input type="checkbox"/> Asiento adaptado            | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas             | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Aspiración   | <input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos        | <input type="checkbox"/> Otro    |

---

---

---

---

## Sistema escolar/Cuidado de niños

Persona de contacto/rol \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

## Información de la familia

Cuidadores \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Otros hechos importantes \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## Circunstancias especiales/comentarios/qué le gustaría que supiéramos

---

---

---

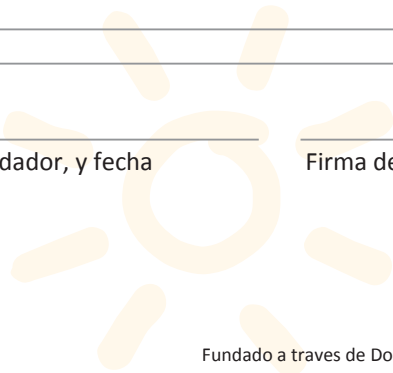
---

---

---

Firma del padre o la madre/cuidador, y fecha \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de atención primaria, y fecha \_\_\_\_\_



Fundado a través de Donaciones del fondo  
es un fondo benéfico de la  
Academia Americana de Pediatría



**CENTRO NACIONAL PARA  
LA IMPLEMENTACIÓN DE  
HOGAR MÉDICA**  
Un acuerdo cooperativo entre Departamento de Salud  
Materna e Infantil/Recursos de Salud y Servicios  
Administrativos y la Academia Americana de Pediatría