

Emergency Information Form for People with Special Needs

Formulario para Emergencias Para Personas con Necesidades Especiales

Last Name / Apellido:



Date Form Completed: ~ Fecha que se completo:

By Whom / Por quién:

Please keep this form handy so you can use it in case of emergency.
Por favor mantener esta forma a la mano para poder usar en caso de emergencia.

Name ~ Nombre:		Birth Date ~ Fecha de nacimiento:	Nickname ~ Sobrenombre:
Home Address ~ Domicilio:		Home/Work/Cell Phones ~ Teléfono de casa, trabajo y celular:	
Parent/Guardian ~ Padre/Tutor legal:		Emergency Contact Names, Relationship, Phone Number(s) Nombres en caso de emergencia, parentesco, número(s) de teléfono:	
Signature for Consent*: Firma de consentimiento*:		() -	
Preferred Language ~ Idioma preferido:		() -	

Physicians ~ Médicos:

Primary Care Physician ~ Médico principal:	Emergency Phone ~ Número de teléfono de emergencia: () -
	Fax: () -
Current Specialty Physician, ~ Médico especialista actual:	Emergency Phone ~ Número de teléfono de emergencia: () -
Specialty ~ Especialista en:	Fax: () -
Current Specialty Physician ~ Médico especialista actual:	Emergency Phone ~ Número de teléfono de emergencia: () -
Specialty ~ Especialista en:	Fax: () -
Preferred Emergency Room: La sala de emergencia de su preferencia:	Pharmacy /Phone Number ~ Farmacia/Número de teléfono:
Anticipated Tertiary Care Center (Hospital w/highest level of care) (Hospital con un alto nivel de cuidado)	

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

1.	Baseline physical findings ~ Resultados de análisis básicos: Height: Date measured: Weight: Date Measured: Attura: fecha medida: Peso: Fecha medida:
2.	Other ~ Otra:
3.	Baseline vital signs ~ Signos vitales básicos:
4.	

*Consent to share this form with health care providers ~ Consentimiento para compartir esta forma con proveedores de cuidado de salud

★ Places to keep a copy of this form: At home (in freezer) with school nurse in car taped to car seat at child care facility with your local emergency room with each of your doctors in care notebook
Lugares donde mantener una copia de esta forma: en la casa (en el congelador) con enfermera de la escuela en el carro pegado en el asiento del carro en el lugar de cuidado con so local emergencia con cada doctor en su libro de notas

Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam, continued ~ Diagnósticos/Procedimientos anteriores/Exámenes físicos, continuación:

Last Name / Apellido: _____

Medications ~ Medicamentos:	Significant baseline ancillary findings (lab, x-ray, ECG) Resultados básicos de condición secundaria (Laboratorio, rayos x, y ECG):
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
	Medical equipment/supplies Equipo medico/materiales

Management Data ~ Información Administrada:

Allergies: Medications/Foods to be avoided Alergias: Medicamentos y comidas que deben que evitar	and why: y la razón:
1.	
2.	
3.	
Procedures to be avoided: Procedimientos que deben evitar:	and why: y la razón:
1.	
2.	
3.	

Immunization Dates / Fechas de vacunas	Hepatitis B	DTP (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)	Hib (Haemophilus influenzae type b)	Polio	Pneumococcal	Rotavirus	MMR (Measles, Mumps, Rubella)	Varicella (Chicken Pox)	Hepatitis A	Meningococcal	Human papillomavirus	Influenza -most recent -el más reciente	TB Status and date Resultado de la prueba de TB y fecha

This person needs does not need (check one) antibiotic prophylaxis (prevention with antibiotics).
 Esta persona necesita no necesita (elija uno) prevención con antibióticos.

Indication (diagnosis needing antibiotic prevention) ~ Indicación (diagnóstico que necesita tratamiento preventivo con antibióticos):
Medications and doses ~ Medicamentos y dosis:

Common Presenting Problems ~ Problema Comunes

Problem ~ Problema	Suggested Diagnostic Studies ~ Estudios Diagnósticos Sugeridos	Treatment Considerations ~ Tratamiento Considerado

Comments about person, family, or other specific medical issues ~ Comentarios sobre la persona, familiar, u otras condiciones médicas específicas:

--

Physician/Provider Signature ~ Firma del Doctor/Proveedor _____

Print Physician/Provider Name ~ Escriba el nombre del Doctor/Proveedor _____