

Emergency Information Form for Children With Special Needs

Formulario de Información para Emergencias de Niños con Necesidades Especiales

Last Name ~ Apellidos:



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
---------------	---

Emergency Contact Names, Relationship, Phone Number(s):
Nombres en caso de emergencia, parentesco, número(s) de teléfono:

Primary Language/Lengua materna:	
----------------------------------	--

Physicians- Médicos

Primary Care Physician/Médico principal Current Specialty Physician/Médico especialista actual: Specialty ~ Especialidad	Emergency Phone ~ Número de teléfono en caso de emergencia Fax: Emergency Phone ~ Número de teléfono en caso de emergencia Fax: Emergency Phone ~ Número de teléfono en caso de emergencia Fax:
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 con el más alto nivel de atención):	

Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam

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

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

Management Data Datos para el tratamiento

Allergies: Medications/Foods to be avoided

Alergias: Medicamentos y alimentos que se deV 2 >>BD5 men