Emergency Information Form for Children With Special Needs

Expediente de Información de Emergencia para Niños con Necesidades Especiales

American College of Emergency Physicians®

American Academy of Pediatrics

Date form completed	Fecha del expediente completado	Revised Revisado	Initials Iniciales
By Whom Por Quién		Revised Revisado	Initials Iniciales

Last name / Apellido: _____

Name / Nombre:	**Birth date** / Fecha de Nacimento **:** **Nickname** / Apodo**:**
Home Address / Domicilio:	**Home/Work Phone/** Teléfono**:**
Parent/Guardian / Padre/Tutor:	**Emergency Contact Names & Relationship** / Contactos de Emergencia y Relación:
Signature/Consent* / Firma/Consentimiento*:	
Primary Language / Idioma Principal**:**	**Phone Number(s)** / N?mero(s) de Teléfono**:**

Physicians/Médicos::

Primary care physician / Médico de cuidado primario**:**	**Emergency Phone** / Teléfono de Emergencia**:**
	Fax:
Current Specialty physician / Médico Especialista Actual:	**Emergency Phone** / Teléfono de Emergencia**:**
Specialty / Especialidad:	**Fax:**
Current Specialty physician / Médico Especialista Actual:	**Emergency Phone** / Teléfono de Emergencia:
Specialty / Especialidad**:**	**Fax:**
Anticipated Primary ED / Departamento de Emergencia Principal Anticipado:	**Pharmacy** / Farmacia**:**
Anticipated Tertiary Care Center / Centro de Cuidado Terciario Anticipado**:**	

Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam / Diagnósticos/Procedimientos Pasados/Examen Físico:

1.

2.

3.

4.

Synopsis / Sinopsis:

Baseline physical findings / Resultados físicos:

Baseline vital signs / Señales vitales:

Baseline neurological status / Estado neurológico:

*Consent for release of this form to health care providers
*Consentimiento para la entrega de este expediente a los provee dores de cuidado de salud

Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam continued / Continuación de Diagnósticos/Procedimientos Pasados/Examen Físico:

Medications/Medicamentos:	**Significant baseline ancillary findings (lab, x-ray, ECG)/** Resultados Auxiliares Importantes (laboratorios,rayos-X,ECG):
1.	
2.	
3.	
4.	**Prostheses/Appliances/Advanced Technology Devices/** Prótesis/Aparatos/Mecanismos de Tecnología Avanzada:
5.	
6.	

Management Data / Administración de Datos:

Allergies: Medications/Foods to be avoided Alergías: Evitese estos medicamentos/Alimentos	**and why** / y la razón:
1.	
2.	
3.	
Procedures to be avoided / Evitese estos procedimientos	**and why**/ y la razón:
1.	
2.	
3.	

Immunizations/ Vacunas (mm/yy)

Dates/Fechas						**Dates/**Fechas					
DPT						Hep B					
OPV						Varicella					
MMR						TB status					
HIB						Other/otro					

Antibiotic prophylaxis: Indication: Medication and dose:
Profilaxis antibiótico: Indicación: Medicamentos y dosis:

Common Presenting Problems/Findings With Specific Suggested Managements

Problemas que se Presentan con Frecuencia/ Resultados con Manejos Específicos Sugeridos

Problem Problema	**Suggested Diagnostic Studies** Estudios Diagnósticos Sugeridos	**Treatment Considerations** Consideraciones de Tratamiento

Comments on child, family, or other specific medical issues /Observaciones sobre el niño, familia u otros asuntos médicos específicos:

Physician/Provider Signature: Firma del Médico/Proveedor:

Print Name / Nombre (letra de molde):

© American College of Emergency Physicians and American Academy of Pediatrics. Permission to reprint granted with acknowledgement.
Colegio Norteamericano de Médicos de Emergencia y la Academia Norteamericana de Pediatría. Permiso otorgado para reimprimir con reconocimiento del fuente.
Co-Sponsored by: ***Division of Emergency Medical Services, County of San Diego,***
"Funding provided by the State of California Emergency Medical Services (EMS) Authority under Special Project Grant # EMS –2062."