

# Emergency Information Form for Children with Special Needs

# Formulario para Emergencias Para Niños 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 Phone ~ Teléfono de casa y trabajo:	
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:
2.	
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

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

**Management Data ~ Información Administrada:**

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

**Immunization Dates ~ Fechas de vacunas**

DPT <small>difteria, tétano, pertussis</small>							
OPV <small>antipoliomielítica oral</small>							
MMR <small>triple vírica</small>							
HIB <small>H. influenza tipo B</small>							

Hepatitis B							
Varicella <small>Varicela</small>							
TB status <small>Resultado de la prueba de tuberculosis</small>							
Other / Otra							

**My child [ needs / does not need (circle one) ] antibiotic prophylaxis (prevention with antibiotics).**

**Mi niño/niña [ necesita/ no necesita (circule uno) ] prevención con antibióticos.**

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

**Common Presenting Problems ~ Problema Comunes**

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


**Comments about child, family, or other specific medical issues ~ Comentarios sobre el niño/niña, la familia, u otras condiciones médicas específicas:**


**Physician/Provider Signature ~ Firma del Doctor/Proveedor**

**Print Name ~ Nombre (letra de molde)**