

Esté Preparado/a En Caso de Emergencia



(Si usted necesita pasar el cuidado de su hijo/a a otra persona)

Acerca de Mi Hijo/a y Familia

Fecha Creada:

Persona creando el documento y firma _____

Nombre del niño/a: _____ Apodo: _____

Fecha de Nacimiento del Niño/a: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Diagnóstico: _____

Mejor manera de comunicarse con su hijo/a: p.ej., hablar, tocar, iPad, mirelól/á a los ojos

Que calma a su hijo/a?

Que asusta a su hijo/a o le causa ansiedad?

Su hijo/a tiene objetos de "seguridad"? (manta o frazada, juguete favorito, programas en el Ipad, música)

Nombre del Padre/Cuidador: _____

Como es que su hijo/a llama a esta persona(s): _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Hermanos/as y otras personas que viven en la casa con su hijo/a:

Persona además de los padres/cuidador principal que conoce mejor al niño/a (amigo/familiar, enfermera):

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Quien tiene la autoridad de tomar decisiones médicas si usted no puede? _____
(haga copias de cualquier documentación legal para mantenerla junta con este formulario)

Hay algunos procedimientos o medidas para prolongar la vida que deben ser evitados - tales como intubación, compresiones del pecho o cardiacas. Si hay órdenes médicas ((MOLST, POLST) adjúntelas a este formulario.

Proveedores y Equipo Médico de mi Hijo/a

Médico/oficina que mejor conoce al niño/a

Nombre y dirección de la oficina : _____

Nombre del Médico: _____

Número de teléfono: _____

Contacto en el Hospital (especialista): _____

Otras agencias que participan en el cuidado de su niño/a que podrían ser de ayuda ahora.
(intervención pronta, Agencia de Salud Pública, agencia de enfermeras, servicios de reposo, etc.)

Medicamentos & Nutrición

Variación normal en los Signos Vitales de su hijo/a

Temperatura: _____

Presión sanguínea: _____

Oximetría de pulso: _____

Ritmo Respiratorio: _____

Uso de equipo médico? (g-tubo, apoyo respiratorio, acceso para IV, derivador) _____

Medicamentos/dosis diarias/preparación/donde encontrarlos en la casa?
(adjunte el itinerario y lista de medicamentos completo si la tabla que sigue no provee suficiente espacio)

MED	DOSIS	HORARIO

Medicamentos PRN (según sean necesario) e indicaciones para cada uno:

Farmacia: _____ Teléfono: _____

Hospital usado regularmente: _____

Número de Identidad del Record Médico en ese Hospital: _____

Teléfono: _____

Compañía de Seguro y números de Identidad: _____

Comportamiento y Rutinas

Tiene su hijo/a síntomas predecibles o impredecibles que otras personas quizás no entiendan?

Como puede uno identificar estos síntomas/comportamientos ?

Que hace usted para enfrentarse a estos síntomas/comportamientos?

Copias de planes de cuidado existentes para estos síntomas p.ej., Aumento en Dolor, Convulsiones, Exacerbación Respiratoria

Cual es la rutina de su hijo/a al dormir?

Hay equipo que usa durante la noche? (oxímetro de pulso, alimentación, oxígeno, BiPap, etc.)

Cuan móvil es su hijo/a?

Hay equipo que su hijo/a use para ayudar con su movilidad ?

Tiene su familia acceso a un van accesible para una persona discapacitada? Si la respuesta es sí, por favor deje instrucciones de donde encontrar la llave.

Se utilizan algunos otros servicios de transportación? Por favor haga una lista de ellos.

Alguna otra información útil para cuando haya una crisis?

Recursos Adicionales para Uso Futuro cuando NO es una Emergencia

*Libreta para el Cuido del Centro Nacional de Recursos de la Academia Americana de Pediatría
(Care Notebook from the American Academy of Pediatrics National Resource Center)*

<https://medicalhomeinfo.aap.org/tools-resources/Pages/For-Families.aspx>

*Libreta del Cuido de Reposo de la Fundación de Neurología Infantil:
(The Respite Care Notebook from the Child Neurology Foundation)*

<https://www.childneurologyfoundation.org/programs/respice-care/>

*Libro para el Plan de Cuido de la Coalición del Cuidado Paliativo Pediátrico
(Care Plan Book from the Pediatric Palliative Care Coalition):*

<https://ppcc-pa.org/toolkits/care-plan-book/>