

# Emergency Information Form

# Formulario de Información para Emergencias de Niños con Necesidades Especiales



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:
Home Address ~ Dirección del domicilio:	Home/Work Phone ~ Teléfono de casa / de trabajo:
Parent/Guardian ~ Padre / Tutor legal:	Emergency Contact Names, Relationship, Phone Number(s): Nombres en caso de emergencia, parentesco, número(s) de teléfono:
Signature/Consent*: Firma / consentimiento*:	
Primary Language ~ Lengua materna:	

### Physicians ~ Médicos:

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

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

1.	Baseline physical findings ~ Resultados del examen físico inicial:
2.	
3.	Baseline vital signs ~ Signos vitales iniciales:
4.	
Synopsis (Summary) ~ Sinopsis (Resumen):	Baseline neurological status ~ Condición neurológica inicial:

\*Consent for release of this form to health care providers ~ \*Consentimiento para divulgar este formulario a proveedores de atención médica

Last Name ~ Apellidos:

