



Ejemplo de resumen médico y plan para emergencias

Los seis elementos esenciales para la transición de los cuidados médicos del paciente 2.0

Este documento debe entregarse al joven adulto para que lo lleve consigo		
Fecha:	Fecha de revisión:	
Formulario llenado por:		
Información de contacto		
Nombre:	Apodo:	
Fecha de nacimiento:	Idioma de preferencia:	
Dirección:		
# celular:	# de casa:	Mejor hora para llamar:
Correo electrónico:	Mejor forma de comunicación: Texto Teléfono Correo-e	
Plan de seguro médico:	Grupo y # de identificación:	
Plan para emergencias		
Contacto de emergencia:	Relación:	Teléfono:
Lugar de atención de preferencia en caso de emergencia:		
Problemas que se presentan con frecuencia	Exámenes recomendados	Consideraciones con relación a tratamientos
Preocupaciones especiales en cuanto a desastres naturales:		
Alergias y procedimientos que deben evitarse		
Alergias	Reacciones	
Deben evitarse	¿Porqué?	
<input type="checkbox"/> Procedimientos médicos:		
<input type="checkbox"/> Medicamentos:		
Diagnósticos y problemas actuales		
Problema	Detalles y recomendaciones	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico primario		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico secundario		
<input type="checkbox"/> Comportamiento		
<input type="checkbox"/> Comunicación		
<input type="checkbox"/> Alimentación y deglución		
<input type="checkbox"/> Audición/Visión		
<input type="checkbox"/> Aprendizaje		
<input type="checkbox"/> Ortopédico/Musculoesquelético		
<input type="checkbox"/> Anomalías físicas		
<input type="checkbox"/> Sistema respiratorio		
<input type="checkbox"/> Sistema sensorial		
<input type="checkbox"/> Vitalidad/Cansancio		
<input type="checkbox"/> Otros		



Ejemplo de resumen médico y plan para emergencias

Los seis elementos esenciales para la transición de los cuidados médicos del paciente 2.0

Información sobre escuela, trabajo y comunidad			
Agencia/escuela	Información de contacto		
	Persona de contacto:	Teléfono:	
	Persona de contacto:	Teléfono:	
	Persona de contacto:	Teléfono:	
Información especial que el paciente desea que el médico conozca			
Firma del paciente/tutor	Nombre en letra de imprenta	Número de teléfono	Fecha
Firma del médico de atención primaria	Nombre en letra de imprenta	Número de teléfono	Fecha
Firma del coordinador de atención médica	Nombre en letra de imprenta	Número de teléfono	Fecha

Por favor, sírvase adjuntar el registro de vacunas a este formulario