Si necesita más formularios, puede obtenerlos del Massachusetts Department of Public Health (Departamento de Salud Pública de Massachusetts). Obténgalos en www.mass.gov/dph/fch/directions o llame al 800-882-1435 (sólo en Massachusetts), 617-624-5070 ó 617-624-5992 (TTY).

Información

Información importante acerca de su niño/a

1

Este capítulo incluye varios formularios que le ayudarán a organizar y planificar el cuidado de su niño/a. Use los formularios para escribir la información de atención médica, el historial médico y otros datos importantes de su niño/a.
Si registra toda la información en un mismo lugar, le será más fácil encontrarla cuando la necesite.

Lista de control de formularios de información

- Información del padre o tutor y del contacto para casos de emergencia
- Plan de seguro médico
- Diagnósticos
- Alergias
- Emergency Information Form for Children with Special Needs (Formulario de información para emergencias para niños/as con necesidades especiales)
- Todo acerca de mí
- Nacimiento y desarrollo: el embarazo de la madre
- Nacimiento y desarrollo: el bebé
- Historial médico relacionado con la familia
- Proveedores de servicios médicos
- Hospitales
- Otros proveedores de servicios médicos
- Agencia de salud en el hogar
- Escuela o centro de cuidado infantil
- Farmacias
- Medicamentos
- Diario
- Suministros y equipos
- Estadías en el hospital
- Exámenes importantes
- Registro de citas y reuniones
- Registro telefónico
- Información importante para niñeras

Información del padre o tutor y del contacto para casos de emergencia

Niño/a

Nombre _____ **Apodo** _____

Dirección _____

Número de Seguro Social _____ **Fecha de nacimiento** _____

Idioma primario _____

Otros idiomas que habla _____

Padres o tutores

Nombre _____ **Parentesco con el niño/a** _____

Dirección _____

Teléfono: Casa _____ **Oficina** _____ **Celular** _____

Idioma primario _____

Otros idiomas que habla _____

Padres o tutores adicionales

Nombre_____ **Parentesco con el niño/a** _____

Dirección _____

Teléfono: Casa _____ **Oficina** _____ **Celular** _____

Idioma primario _____

Otros idiomas que habla _____

¿Tiene su niño/a más de un lugar de residencia? ☐ **Sí** ☐ **No**

En caso afirmativo, por favor explique _____

Contacto en caso de emergencia

Nombre_____ **Parentesco con el niño/a** _____

Dirección _____

Teléfono: Casa _____ **Oficina** _____ **Celular** _____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Plan de seguro médico

Seguro primario

Nombre del plan _____

Teléfono _____

Dirección _____

Nombre del suscriptor _____

Número de suscriptor _____

Número de grupo _____

Administrador de casos o coordinador de atención médica _____

Teléfono _____

Otros contactos _____

Teléfono _____

Seguro secundario

Nombre del plan _____

Teléfono _____

Dirección _____

Nombre del suscriptor _____

Número de suscriptor _____

Número de grupo _____

Administrador de casos o coordinador de atención médica _____

Teléfono _____

Otros contactos _____

Teléfono _____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Diagnósticos

Diagnóstico	Proveedor de servicios que hizo el diagnóstico	Fecha	Notas

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Alergias

Alimento	Reacción	Fecha

Fármaco	Reacción	Fecha

Otros	Reacción	Fecha

Emergency Information Form for Children with Special Needs (Formulario de información para emergencias para niños/as con necesidades especiales)

Este formulario ofrece a los proveedores de servicios médicos la información que necesitan para atender debidamente a su niño/a. Pida al proveedor de cuidados primarios de la salud (PCP) de su niño/a que llene y firme este formulario. Entregue una copia de este formulario a cualquier persona que pudiera cuidar a su niño/a en caso de emergencia.

Es muy importante **actualizar** el formulario si ocurre cualquiera de estos sucesos:

- Cambios importantes en el estado o diagnóstico del niño/a
- Procedimientos quirúrgicos mayores
- Cambios importantes en medicamentos o dosis
- Cambios en proveedores de servicios médicos

Después de actualizar el formulario, no olvide entregar copias del mismo a los servicios médicos de emergencia, los proveedores de servicios de salud de su niño/a y a las personas que lo cuidan.

Lugares recomendados para guardar copias de este formulario:

- **Oficina del proveedor de servicios médicos:** En los archivos de todos los proveedores de servicios médicos del niño/a, inclusive especialistas.
- **Casa:** En el hogar del niño/a, en un lugar donde pueda localizarse rápidamente, por ejemplo, en la puerta del refrigerador.
- **Automóvil:** En el compartimiento del automóvil de cada uno de los padres o tutores.
- **Oficina:** En la oficina de cada uno de los padres o tutores.
- **Cartera o billetera:** En la billetera o cartera de cada uno de los padres o tutores.
- **Escuela:** En los archivos de la escuela del niño/a, por ejemplo, en la enfermería de la escuela.
- **Pertenencias del niño/a:** Junto a las pertenencias del niño/a al viajar.
- **Persona de contacto en caso de emergencia:** En el hogar de la persona registrada en el formulario como contacto en caso de emergencia.
- **Servicios médicos de emergencia de la localidad:** Entregue una copia a los servicios de ambulancia y los departamentos de emergencia de los hospitales de la localidad. Guarde copias adicionales en lugares accesibles para entregarlas a los proveedores de servicios médicos en situaciones de emergencia.

Consejo:

En el *capítulo 4* encontrará más información sobre cómo prepararse para una emergencia.

Emergency Information Form for Children With Special Needs

Last name:

American College of Emergency Physicians®

American Academy of Pediatrics

Date form completed	Revised	Initials
By Whom	Revised	Initials

Name: Birth date: Nickname:

Home Address: Home/Work Phone:

Parent/Guardian: Emergency Contact Names & Relationship:

Signature/Consent*:

Primary Language: Phone Number(s):

Physicians:

Primary care physician: Emergency Phone:

Fax:

Current Specialty physician: Emergency Phone:
Specialty: Fax:

Current Specialty physician: Emergency Phone:
Specialty: Fax:

Anticipated Primary ED: Pharmacy:

Anticipated Tertiary Care Center:

Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam:

1 .

2.

3.

4.

Synopsis:

Baseline physical findings:

Baseline vital signs:

Baseline neurological status:

*Consent for release of this form to health care providers

Last name:

Diagnoses/Past Procedures/Physical Exam continued:

Medications:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Significant baseline ancillary findings (lab, x-ray, ECG):

Prostheses/Appliances/Advanced Technology Devices:

Management Data:

Allergies: Medications/Foods to be avoided **and why:**

1.

2.

3.

Procedures to be avoided **and why:**

1.

2.

3.

Immunizations

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

Antibiotic prophylaxis: Indication: Medication and dose:

Common Presenting Problems/Findings With Specific Suggested Managements

Problem	Suggested Diagnostic Studies	Treatment Considerations

Comments on child, family, or other specific medical issues:

Physician/Provider Signature: **Print Name:**

© American College of Emergency Physicians and American Academy of Pediatrics. Permission to reprint granted with acknowledgement

Todo acerca de mí

Me llamo _____
Nombre | Segundo nombre | Apellido

Mi apodo es _____

Vivo en ☐ Casa ☐ Escuela ☐ Hogar adoptivo

☐ Hospital ☐ Otro _____

Las personas en mi familia se llaman

Nombre	Apellido	Parentesco conmigo

Otras personas que me conocen bien (amigos, niñera, vecinos)

Nombre	Apellido	Parentesco conmigo

Mis mascotas

Mi mascota es un(a) _____ Nombre de la mascota _____

Mi otra mascota es un(a) _____ Nombre de la mascota _____

Consejo: Este formulario ayudará a los proveedores de servicios médicos a conocer más sobre su niño. También le enseñará al niño a describir sus necesidades, lo que le gusta y lo que no le gusta. Si es necesario, ayude al niño a llenar el formulario. Actualice los datos a medida que el niño crezca y cambie.

Todo acerca de mí

Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento _____

Mis cosas favoritas

Juguetes _____

Juegos _____

Pasatiempos _____

Canciones _____

Programas de televisión _____

Otros _____

Lo que me gusta hacer en mi tiempo libre

_____

_____

_____

Comida que me gusta

_____

_____

_____

Comida que no me gusta

_____

_____

_____

Usualmente me acuesto a las _____

Antes de dormir, por lo general _____

_____

_____

Actividades con las que necesito ayuda (por ejemplo, lavarme, cepillarme los dientes, vestirme, etc.) _____

_____

_____

Cosas que puedo hacer solo _____

_____

_____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Nacimiento y desarrollo: el embarazo de la madre

Describa las enfermedades o problemas que tuvo durante el embarazo

_____

_____

_____

Tipo de parto ☐ **Vaginal** ☐ **Cesárea** ☐ **Podálico**

¿Hubo problemas en el parto? ☐ **No** ☐ **Sí**

En caso afirmativo, descríbalas _____

_____

_____

Obstetra o partera de la madre _____

Teléfono _____

Proveedor primario de servicios de salud de la madre _____

Teléfono _____

Lugar del parto

Nombre del hospital (Centro de nacimiento) _____

Teléfono _____

Dirección _____

¿El niño/a fue transferido a otro hospital? ☐ **No** ☐ **Sí**

En caso afirmativo, nombre del hospital _____

Teléfono _____

Dirección _____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Nacimiento y desarrollo: el bebé

Peso al nacer _____**lb**_____**oz** **Talla**_____**pulgadas**

¿Fue un bebé de término (37 o más semanas de gestación)? ☐ **Sí** ☐ **No**

En caso negativo, semanas de gestación _____

Puntuación de Apgar del niño/a al minuto _____ **a los 5 minutos** _____

Edad del niño/a al ser dado de alta por primera vez del hospital _____

Alimentación del bebé ☐ **leche materna** ☐ **fórmula**

Si fue alimentado con fórmula, indique la marca _____

Sucesos importantes del desarrollo

Suceso	Edad	Notas
Sonrió		
Sostuvo la cabeza		
Se volteó		
Se sentó		
Primer diente		
Alimentos sólidos		
Gateó		
Primera palabra		
Dijo adiós con la mano		
Caminó		
Pronunció su primera frase		
Dejó de usar pañal		
Otro:		
Otro:		

Consejo:

Solicite al proveedor de cuidados primarios de la salud (PCP) del niño/a la información que no conoce (por ejemplo, puntuaciones Apgar y tallas).

Consejo:

Documente la talla y el peso del niño/a en la última página del ***Massachusetts Lifetime Health and Immunization Record*** (Registro de salud e inmunizaciones del estado de Massachusetts).

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Historial de salud familiar

¿Hay alguien en la familia (padres, hermanos, abuelos, tíos, primos, etc.) con una incapacidad o enfermedad crónica similar? ☐ **No** ☐ **Sí**

En caso afirmativo, ¿quién? _____

_____

¿Hay alguien en la familia (padres, hermanos, abuelos, tíos, primos, etc.) que tenga uno de los siguientes problemas de salud?

			En caso afirmativo, parentesco con el niño/a
1. Problemas genéticos	☐ **Sí**	☐ **No**	_____
2. Problemas cardiacos	☐ **Sí**	☐ **No**	_____
3. Discapacidad de desarrollo	☐ **Sí**	☐ **No**	_____
4. Trastornos convulsivos	☐ **Sí**	☐ **No**	_____
5. Diabetes	☐ **Sí**	☐ **No**	_____
6. Trastornos sanguíneos	☐ **Sí**	☐ **No**	_____
7. Cáncer	☐ **Sí**	☐ **No**	_____
8. Deficiencias visuales o auditivas	☐ **Sí**	☐ **No**	_____
9. Trastornos metabólicos o nutricionales	☐ **Sí**	☐ **No**	_____
10. Otro _____	☐ **Sí**	☐ **No**	_____

¿Alguna persona de la familia ha tenido exámenes o asesoramiento genético?

☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **No sabe**

En caso afirmativo, describa _____

_____

¿Hay información adicional sobre la salud de la familia que pudiera estar relacionada con las necesidades especiales de atención médica del niño/a?

_____

_____

_____

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____

Proveedores de servicios médicos

Consejo: En lugar de llenar el formulario, engrape la tarjeta de presentación del proveedor de servicios médicos en el espacio provisto.

Proveedor de cuidados primarios de la salud (PCP)

Nombre _____ Especialidad (de tenerla) _____

Nombre de la clínica u hospital _____ Teléfono _____

Dirección _____

Fax _____ Correo electrónico _____

Especialistas médicos y proveedores de servicios médicos

Nombre _____
Especialidad _____
Dirección _____
Teléfono _____
Fax _____
Correo electrónico _____
Clínica u hospital _____
Frecuencia de consultas _____

Nombre _____
Especialidad _____
Dirección _____
Teléfono _____
Fax _____
Correo electrónico _____
Clínica u hospital _____
Frecuencia de consultas _____

Nombre _____
Especialidad _____
Dirección _____
Teléfono _____
Fax _____
Correo electrónico _____
Clínica u hospital _____
Frecuencia de consultas _____

Nombre _____
Especialidad _____
Dirección _____
Teléfono _____
Fax _____
Correo electrónico _____
Clínica u hospital _____
Frecuencia de consultas _____

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____

Proveedores de servicios médicos

Nombre _____
Especialidad _____
Dirección _____
Teléfono _____
Fax _____
Correo electrónico _____
Clínica u hospital _____
Frecuencia de consultas _____

Nombre _____
Especialidad _____
Dirección _____
Teléfono _____
Fax _____
Correo electrónico _____
Clínica u hospital _____
Frecuencia de consultas _____

Nombre _____
Especialidad _____
Dirección _____
Teléfono _____
Fax _____
Correo electrónico _____
Clínica u hospital _____
Frecuencia de consultas _____

Nombre _____
Especialidad _____
Dirección _____
Teléfono _____
Fax _____
Correo electrónico _____
Clínica u hospital _____
Frecuencia de consultas _____

Nombre _____
Especialidad _____
Dirección _____
Teléfono _____
Fax _____
Correo electrónico _____
Clínica u hospital _____
Frecuencia de consultas _____

Nombre _____
Especialidad _____
Dirección _____
Teléfono _____
Fax _____
Correo electrónico _____
Clínica u hospital _____
Frecuencia de consultas _____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Hospitales

Hospital principal

Nombre del hospital _____

Dirección _____

Número de expediente médico _____

Teléfono principal del hospital _____

Teléfono del departamento de emergencias _____

Nombre del contacto _____ **Puesto** _____

Teléfono _____ **Fax** _____

Correo electrónico _____

Otro hospital

Nombre del hospital _____

Dirección _____

Número de expediente médico _____

Teléfono principal del hospital _____

Teléfono del departamento de emergencias _____

Nombre del contacto _____ **Puesto** _____

Teléfono _____ **Fax** _____

Correo electrónico _____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Otros proveedores de servicios médicos

Utilice este formulario para registrar otros proveedores de servicios médicos, como terapeutas (terapistas), asesores, proveedores de servicios de intervención a temprana edad, coordinadores de atención médica, administradores de casos, asistentes personales (PCA, por sus siglas en inglés), relevos de descanso para las personas que cuidan, contactos en organismos estatales, etc.

Servicio(s) _____

Nombre de la agencia _____

Dirección _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Correo electrónico _____ **Fax** _____

Frecuencia de consultas _____

Servicio(s) _____

Nombre de la agencia _____

Dirección _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Correo electrónico _____ **Fax** _____

Frecuencia de consultas _____

Servicio(s) _____

Nombre de la agencia _____

Dirección _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Correo electrónico _____ **Fax** _____

Frecuencia de consultas _____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Otros proveedores de servicios médicos

Servicio(s) _____

Nombre de la agencia _____

Dirección _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Correo electrónico _____ **Fax** _____

Frecuencia de consultas _____

Servicio(s) _____

Nombre de la agencia _____

Dirección _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Correo electrónico _____ **Fax** _____

Frecuencia de consultas _____

Servicio(s) _____

Nombre de la agencia _____

Dirección _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Correo electrónico _____ **Fax** _____

Frecuencia de consultas _____

Servicio(s) _____

Nombre de la agencia _____

Dirección _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Correo electrónico _____ **Fax** _____

Frecuencia de consultas _____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Agencia de salud en el hogar

Nombre de la agencia _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Dirección _____

Fax _____ **Correo electrónico** _____

Servicios que se proveerán (por ejemplo, enfermería, terapia, asistentes para servicios de salud en el hogar, etc.)

Servicio	Frecuencia	Duración de la visita
	consultas/semana	horas/visita
	consultas/semana	horas/visita
	consultas/semana	horas/visita
	consultas/semana	horas/visita
	consultas/semana	horas/visita

Notas y comentarios

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Escuela o centro de cuidado infantil

Nombre de la escuela _____

Dirección _____

Director _____ **Teléfono** _____

Enfermera de la escuela _____ **Teléfono** _____

Maestro(s) _____ **Teléfono** _____

Asistente(s) _____

Contactos de educación especial _____ **Teléfono** _____

_____

Terapeuta(s) _____ **Teléfono** _____

_____

Psicólogo de la escuela _____ **Teléfono** _____

Orientador _____ **Teléfono** _____

Contacto del comité consultivo para padres
_____ **Teléfono** _____

Contacto de MASSTART _____ **Teléfono** _____

¿Hay un centro de salud basado en la escuela de su niño/a? ☐ **Sí** ☐ **No**

En caso afirmativo, nombre del centro _____ **Teléfono** _____

Transporte escolar

Nombre de la agencia _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Dirección _____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Farmacias

Farmacia principal

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

Horario _____

Contacto _____

Otra farmacia

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fax _____

Horario _____

Contacto _____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Medicamentos

Use este formulario para mantener el control de los medicamentos que toma su niño/a. Incluya en la lista vitaminas, medicamentos de venta libre y complementos dietéticos. Al cambiar de medicamento o dosis, no borre ni oculte con negro la información anterior. En lugar de ello, tache la información con una línea y agregue un registro a la lista. (Vea el siguiente ejemplo.) De esta manera tendrá un registro completo.

Nombre del medicamento	Dosis (Cantidad y frecuencia, instrucciones especiales)	Razón por la que toma el medicamento	Fecha inicial	Fecha final	Médico que recetó el medicamento	Notas
[EJEMPLO] ~~Ritalin~~	~~5 mg 2 veces al día (en el desayuno y el almuerzo)~~	~~ADHD~~	~~3/15/03~~	~~3/31/03~~	~~Goldberg~~	~~Toma la dosis en la escuela~~
[EJEMPLO] Ritalin	10 mg 2 veces al día (en el desayuno y el almuerzo)	ADHD	4/01/03		Goldberg	Toma la dosis en la escuela

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Medicamentos

Nombre del medicamento	Dosis (Cantidad y frecuencia, instrucciones especiales)	Razón por la que toma el medicamento	Fecha inicial	Fecha final	Médico que recetó el medicamento	Notas

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Diario

Use esta hoja para mantener un registro de los sucesos importantes relacionados con la salud del niño/a. Como ejemplo están convulsiones, requisitos de oxígeno, frecuencia de succión, vómito, etc.

Fecha	Actividad e información

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Suministros y equipos

Descripción del artículo _____

Nombre del proveedor o distribuidor _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Recetado por _____ **Teléfono** _____

Razón por la que se recetó _____

_____

Contacto para autorización de seguro o servicio _____

_____ **Teléfono** _____

Comentarios (por ejemplo, tipo de servicio requerido, números de catálogo, costos) _____

_____

Descripción del artículo _____

Nombre del proveedor o distribuidor _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Recetado por _____ **Teléfono** _____

Razón por la que se recetó _____

_____

Contacto para autorización de seguro o servicio _____

_____ **Teléfono** _____

Comentarios (por ejemplo, tipo de servicio requerido, números de catálogo, costos) _____

_____

Descripción del artículo _____

Nombre del proveedor o distribuidor _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Recetado por _____ **Teléfono** _____

Razón por la que se recetó _____

_____

Contacto para autorización de seguro o servicio _____

_____ **Teléfono** _____

Comentarios (por ejemplo, tipo de servicio requerido, números de catálogo, costos) _____

_____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Suministros y equipos

Descripción del artículo _____

Nombre del proveedor o distribuidor _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Recetado por _____ **Teléfono** _____

Razón por la que se recetó _____

_____

Contacto para autorización de seguro o servicio _____

_____ **Teléfono** _____

Comentarios (por ejemplo, tipo de servicio requerido, números de catálogo, costos) _____

_____

Descripción del artículo _____

Nombre del proveedor o distribuidor _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Recetado por _____ **Teléfono** _____

Razón por la que se recetó _____

_____

Contacto para autorización de seguro o servicio _____

_____ **Teléfono** _____

Comentarios (por ejemplo, tipo de servicio requerido, números de catálogo, costos) _____

_____

Descripción del artículo _____

Nombre del proveedor o distribuidor _____

Nombre del contacto _____ **Teléfono** _____

Recetado por _____ **Teléfono** _____

Razón por la que se recetó _____

_____

Contacto para autorización de seguro o servicio _____

_____ **Teléfono** _____

Comentarios (por ejemplo, tipo de servicio requerido, números de catálogo, costos) _____

_____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Estadías en el hospital

Fecha de ingreso _____ **Fecha de alta** _____

Nombre del hospital _____ **Teléfono** _____

Dirección _____

Médicos o cirujanos _____

Razón del ingreso _____

_____

Resultado _____

_____

Fecha de ingreso _____ **Fecha de alta** _____

Nombre del hospital _____ **Teléfono** _____

Dirección _____

Médicos o cirujanos _____

Razón del ingreso _____

_____

Resultado _____

_____

Fecha de ingreso _____ **Fecha de alta** _____

Nombre del hospital _____ **Teléfono** _____

Dirección _____

Médicos o cirujanos _____

Razón del ingreso _____

_____

Resultado _____

_____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Estadías en el hospital

Fecha de ingreso _____ **Fecha de alta** _____

Nombre del hospital _____ **Teléfono** _____

Dirección _____

Médicos o cirujanos _____

Razón del ingreso _____

_____

Resultado _____

_____

Fecha de ingreso _____ **Fecha de alta** _____

Nombre del hospital _____ **Teléfono** _____

Dirección _____

Médicos o cirujanos _____

Razón del ingreso _____

_____

Resultado _____

_____

Fecha de ingreso _____ **Fecha de alta** _____

Nombre del hospital _____ **Teléfono** _____

Dirección _____

Médicos o cirujanos _____

Razón del ingreso _____

_____

Resultado _____

_____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Exámenes importantes

☐ **Sangre** ☐ **Rayos X** ☐ **Tomografía** ☐ **Resonancia magnética** ☐ **Otro** _____ **Fecha** _____

Descripción _____

Médico que ordenó el examen _____ **Teléfono** _____

Resultados _____

_____

Ubicación del registro del examen _____ **Teléfono** _____

Comentarios _____

_____

☐ **Sangre** ☐ **Rayos X** ☐ **Tomografía** ☐ **Resonancia magnética** ☐ **Otro** _____ **Fecha** _____

Descripción _____

Médico que ordenó el examen _____ **Teléfono** _____

Resultados _____

_____

Ubicación del registro del examen _____ **Teléfono** _____

Comentarios _____

_____

☐ **Sangre** ☐ **Rayos X** ☐ **Tomografía** ☐ **Resonancia magnética** ☐ **Otro** _____ **Fecha** _____

Descripción _____

Médico que ordenó el examen _____ **Teléfono** _____

Resultados _____

_____

Ubicación del registro del examen _____ **Teléfono** _____

Comentarios _____

_____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Exámenes importantes

☐ **Sangre** ☐ **Rayos X** ☐ **Tomografía** ☐ **Resonancia magnética** ☐ **Otro** _____ **Fecha** _____

Descripción _____

Médico que ordenó el examen _____ **Teléfono** _____

Resultados _____

_____

Ubicación del registro del examen _____ **Teléfono** _____

Comentarios _____

_____

☐ **Sangre** ☐ **Rayos X** ☐ **Tomografía** ☐ **Resonancia magnética** ☐ **Otro** _____ **Fecha** _____

Descripción _____

Médico que ordenó el examen _____ **Teléfono** _____

Resultados _____

_____

Ubicación del registro del examen _____ **Teléfono** _____

Comentarios _____

_____

☐ **Sangre** ☐ **Rayos X** ☐ **Tomografía** ☐ **Resonancia magnética** ☐ **Otro** _____ **Fecha** _____

Descripción _____

Médico que ordenó el examen _____ **Teléfono** _____

Resultados _____

_____

Ubicación del registro del examen _____ **Teléfono** _____

Comentarios _____

_____

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Registro de citas y reuniones

Use este formulario para mantener el control de las reuniones y citas que tiene en relación con la atención médica de su niño/a.

Fecha y hora de la reunión	Nombre de la persona y agencia	Información de contacto	Notas (qué se trató o decidió)

Nombre del niño/a _____ **Fecha de nacimiento** _____

Registro telefónico

Es fácil perder el hilo de lo que ha conversado con los proveedores de servicios médicos cuando hay un gran número de llamadas relacionadas con su niño/a. Use este formulario para mantener el control de las llamadas telefónicas y demás conversaciones que tiene en relación con la atención médica de su niño/a.

Fecha y hora de la conversación	Nombre de la persona y agencia	Teléfono	Notas (qué se trató o decidió)

Información importante para niñeras

Nombres de los padres o tutores _____

Estaremos en _____ **Volveremos a casa a las** _____

Teléfono _____ **Celular** _____ **Radiolocalizador** _____

Instrucciones especiales _____

_____

_____

Acontecimientos importantes en las últimas 48 horas _____

_____

_____

Medicamentos y horarios _____

_____

_____

En caso de emergencia: LLAME AL 911

Nombre del niño/a _____

Teléfono de casa _____ **Fecha de nacimiento** _____

Dirección _____

Nombre del médico _____ **Teléfono** _____

Otra persona a la que debe llamar en caso de emergencia (pariente, vecino, amigo, etc.) _____

_____

Alergias _____

Lugar donde se encuentran los suministros y equipos adicionales _____

Lugar donde se encuentra la caja de fusibles o el interruptor _____

Lugar donde se encuentra el extintor _____

Lugar donde se encuentra la linterna _____

Llene un formulario nuevo cada vez y entréguelo a la niñera. Puede obtener más formularios del Massachusetts Department of Public Health (Departamento de Salud Pública de Massachusetts). Obténgalos en la Internet, www.mass.gov/dph/fch/directions o llame al 800-882-1435 (sólo en Massachusetts) o 617-624-5070.