

Precaución: Caso de COVID-19 Posible

Resumen de paciente para personas con necesidades de acceso y de funcionamiento

Contactos de emergencia, historial médico abreviado, régimen de medicamento, alergias, necesidades de ayuda

Tengo necesidades de acceso y de funcionamiento. Uno de mis padres/tutores o mi médico de cabecera cree que tengo los síntomas de COVID-19. Si estoy solo/a, por favor refiera a la información provista aquí y llame a uno de mis familiares, mi tutor, o mi médico de cabecera para clarificación.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fec.. Nac.
Dirección		Ciudad, estado, código postal	
Nombre del padre/tutor encargado		Teléfono/email del padre/tutor encargado	
Nombre del cuidador		Teléfono/email del cuidador	
Otra (especifique por favor)		Teléfono/email de la otra persona	
Idioma preferida			

Síntomas actuales/factores de riesgo

Síntomas de COVID-19	¿Cuándo empezó?	Factores de riesgo de la severidad de COVID-19 (marque todos que apliquen)	
Temperatura más de 100°F		Tiene 60 años o más	Síndrome de Down
Tos seca		Enfermedad gastrointestinal	Hipertensión
Fatiga		Cáncer	Dolor de pecho nuevo
Falta de aire		Parálisis cerebral	Parálisis
Ojos inyectados de sangre		Quimioterapia	Pulmonía recurrente
Diarrea		Cardiopatía crónica	Escoliosis severa
Pérdida del olfato y gusto		Enfermedad pulmonar crónica	Otro (especifique):
Otro (especifique por favor)		Diabetes	Otro (especifique):
			Otro (especifique):
Otro (especifique por favor)			
		Tomando prednisone, dexamethasone, o algún medicamento terminando con las letras "-ab" (en ingles)	

Medicamentos

Nombre del medicamento	Medicamentos nuevos (añadido en las 2 ultimas semanas)	Dosis/frecuencia	Forma preferida: (liquido, pastilla, etc.)

Historial médico

Diagnóstico/problema de salud	¿Cuándo empezó?	Notas:

Alergias	Severidad	Paciente tiene una orden de no resucitar:
		Sí No Inseguro
		Si tiene, apunte donde está ubicado:
		Paciente tiene un documento de voluntades anticipadas:
		Sí No Inseguro
		Si tiene, apunte donde está ubicado:

Necesidades de ayuda personal

Uso del baño:	Independiente	Necesita ayuda	Necesita ayuda total
Comer:	Independiente	Necesita ayuda	Necesita ayuda total
Mobility:	Independiente	Necesita ayuda	Necesita ayuda total
Movilidad:	Hablador	Habla restringida	No verbal/usa un dispositivo
Preferencias sociales:	Sociable	No sociable	Variable
Ciclo del sueño:	Típico	Invertido	Intermitente/variable

Autoexpresión, gustos y aversiones del paciente

Me expreso por:		Individuos con autismo: Puede que no sientan dolor en la misma forma. Es mejor observar sus comportamientos. Puede que le puedan decir sus dolores/daños. Daño es la palabra preferida para describir el dolor. Es preferido describir el dolor/daño verbalmente. Puede que puedan localizar el dolor/daño en el cuerpo. Muchas veces las expresiones del rostro no corresponden con el dolor. Use lo menos palabras posibles para ser directo.
Me expreso por:		
Cuando estoy feliz, yo:		
Cuando estoy triste, yo:		
Cuando tengo miedo, yo:		
Cuando estoy enojado, yo:		
Mis gustos:		
Mis aversiones:		

Paciente tiene una sensibilidad a las mascarillas:	No	Sí	Si tiene, especifique:
--	----	----	------------------------

Paciente tiene una sensibilidad al toque en general:	No	Sí	Si tiene, especifique:
--	----	----	------------------------

Notas adicionales: