

Información esencial del paciente para el personal médico

***Usar con***

**Tratamiento de pacientes neuromusculares que usan un ventilador en casa:**

**asuntos críticos**

MI INFORMACIÓN

**MY INFORMATION**

Paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fec. nac. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID# de Alerta Médica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre de compañía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de compañía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condición neuromuscular condition \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad de aparición \_\_\_\_\_\_ Edad que recibió traqueotomía (si procede) \_\_\_\_\_\_

Edad de empezar el uso de ventilador no-invasivo (si procede) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

La asistencia ventilatoria es requerida \_\_\_\_\_ hr/día and \_\_\_\_\_ hr/noche, o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si escoliosis, grado de curvatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro de salud preferido, cuando estable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***¡Importante!* Mi(s) cuidador(es) y yo somos muy informados de mi condición, necesidades de tratamiento, y equipo. Por favor, trabaje con nosotros.**

**Autorización de hablar con cuidador(es)**

Necesito que mi(s) cuidador(es) esté conmigo por la duración entera de mi tratamiento y ***autorizo a usted consultar con mi(s) cuidador(es)*** *(familia, amigo, o médico de casa)* sin restricciones de privacidad o marco de tiempo.

Nombre de cuidador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de cuidador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de cuidador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asignatura de paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Como comunico yo**

 ロ Habla ロ Escrito

 ロ Con un dispositivo de habla ロ Por mi cuidador

 ロ Con una campana ロ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***¡Importante!***

 ロ **Uso yo ventilación no-invasivo.** Si intubación o traqueotomía están propuestas,por favor consulte conmigo, con mi cuidador, y con mi médico listado en la sección “Mis médicos.”

 ロ **Tengo una traqueotomía.** Es crítico que me consultes sobre los detalles de mi rutina.

**Mis médicos**

**MY HEALTH PROFESSIONALS**

Tiene usted permisión contactar estos médicos en cualquier momento. Han acuerdo consultar.

**MÉDICO #1**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asignatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fehca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MÉDICO #2**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asignatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fehca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MÉDICO #3**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asignatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fehca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Profesional de cuidados respiratorios (PCR) – *Por favor, dirija al PCR del hospital que consulte con este PCR*.**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Compañía de salud de casa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Instructiones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asignature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por especialistas adicionales disponibles para consultar de pacientes neuromusculares que usan ventiladores, vea la última página del documento o visite www.ventusers.org/net/ventDIR.pdf.**

**OXÍGENO:** Requiero oxígeno suplementario ロ Nunca ロ Siempre ロ A veces

***¡Cuidado!* ¡Proveerme oxígeno puede resultar en consecuencias graves!**

El oxígeno usado solo puede ocultar o acelerar el fallo respiratorio agudo en pacientes neuromusculares. La respuesta a niveles bajos de oxígeno sería aumentar el apoyo ventilatorio y manejo de secreciones, NO simplemente administrar oxígeno.

**Administre oxígeno a mí SOLAMENTE** si cada cuatro de estas condiciones existen:

• Tengo una condición pulmonar adicional, como neumonía, EPOC, o embolia pulmonar, ***y***

• Mi saturación de O2 es bajo de 90% ***y***

• El manejo de secreciones, como CoughAssist® o “air stacking,” ha fallado mejorar la situación ***y***

• La ventilación mecánica mía está lista seguramente.

Entonces solo provea niveles bajos de oxígeno y controle los niveles de CO2. Oximetry y EtCO2 (End Tidal) son preferibles y aceptables para medida.

**ANESTESIA/SEDACIÓN**

Necesito ventilación antes de recibir medicamentos de dolor/sedación. ロ Sí ロ No

Puedo tolerar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ He tenido reacciones negativos a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***¡Cuidado!* Cualquier cosa que deprima la mecánica respiratoria debería ser usada con cuidado extremo.** Vea Tratamiento de pacientes neuromusculares que usan un ventilador en casa: asuntos críticos

**MIS ALERGIAS**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**MIS SIGNOS VITALES TÍPICOS** *(Pueden cambiar durante la ventilación y cambios de posición.)* Presión arterial \_\_\_\_\_\_\_\_ Capacidad vital sentado \_\_\_\_\_ %N \_\_\_ Saturación de oxígeno \_\_\_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Capacidad vital supino \_\_\_\_\_ %N \_\_\_ Nivel de dióxido de carbono \_\_\_\_\_ Flujo de tos máximo \_\_\_\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MI POSICIONAMIENTO**

Sin la asistencia ventilatoria, estoy en riesgo mortal en estas posiciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mis posiciones mejores son \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **MY EQUIPMENT**

Prefiero usar mi equipo de casa. (Si procede, la pre-aprobación del hospital está adjuntada) Si el uso del dispositivo de casa no es factible, el equivalente del hospital es el segundo mejor.

**PARA VENTILACIÓN**

Requiero asistencia de respiración para \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hrs/día y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hrs/noche, o Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mis máquinas de respiración/ventiladores incluyen**

#1 Tipo y modelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fabricante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Configuraciones**

Modo ロ Ayudar a control ロ Presión de soporte ロ Combinación

Tiempo inspiratorio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Esfuerzo respiratorio (LPM) \_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ Sensibilidad \_\_\_\_ Límite de presión bajo \_\_\_\_\_\_\_\_ Límite de alto \_\_\_\_\_\_ Alarma: Alta \_\_\_\_\_\_ Baja \_\_\_\_\_\_

Volumen pulmonar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tasa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IPAP \_\_\_\_\_\_\_\_ EPAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Oro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#2 Tipo y modelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fabricante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Configuraciones**

Modo ロ Ayudar a control ロ Presión de soporte ロ Combinación

Tiempo inspiratorio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Esfuerzo respiratorio (LPM) \_\_\_\_ PEEP \_\_\_\_\_ Sensibilidad \_\_\_\_ Límite de presión bajo \_\_\_\_\_\_\_\_ Límite de alto \_\_\_\_\_\_ Alarma: Alta \_\_\_\_\_\_ Baja \_\_\_\_\_\_

Volumen pulmonar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tasa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IPAP \_\_\_\_\_\_\_\_ EPAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Oro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MIS INTERFAZ(ES) por acceso a mi máquina de respiración/ventilador incluyen**

ロ Máscara nasal ロ Almohadillas nasales ロ Tubo de traqueotomía *(Vea detalles abajo.)*  ロ Máscara de cara ロ Boquilla ロ Máscara a medida

Modelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tamaño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fabricante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tamaño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fabricante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tamaño \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fabricante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Detalles de tubo de traqueotomía**

¿Fenestrado? ロ Sí ロ No

¿Con puños? ロ Sí ロ No Si es así, inflación es: Día @ \_\_\_\_\_\_ cc Noche@ \_\_\_\_\_\_ cc

**PARA HUMEDAD, uso** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARA MANEJO DE SECRECIÓN, los metodos más eficaces para mí son**

ロ CoughAssist® – Inhalación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Exhalación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de respiros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ロ Succión – Profundidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tamaño de catéter \_\_\_\_\_\_ ロ Drenaje postural – Metodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ロ Hiperinflación a mano \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ロ Percusión – Ubicaciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Veces/Minutos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARA ALIMENTACIÓN/NUTRICIÓN, uso**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MI RUTINA INTESTINAL es**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MIS MEDICAMENTOS ACTUALES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DE MARCA** | **NOMBRE GENÉRICO** | **Dosis y** **frecuencia**  | **PROPÓSITO**  | **Cuando empezó**  | **Cuánto tiempo usado** | **INSTRUCCIONES ESPECIALES** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Este documento pertenece a**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**He leído y aprobado los contenidos del documento.**

Asignatura del usador de ventilador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asignatura de testigo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Colaboradores, que incluye especialistas disponible a consultar***

**Brenda Jo Butka, MD**

Respiratory Care, Pulmonology

Vanderbilt Stallworth Rehabilitation Hospital

Nashville, Tennessee

**615-963-4488,** 615-963-4002 fax

brenda.butka@vanderbilt.edu

**Helen A. Kent, RRT, BS**

Progressive Medical

Carlsbad, California

800-491-2292, **760-448-4448**, 760-448-4449 fax

hkent@progressivemed.org

www.progressivemed.org

**Noah Lechtzin, MD, MHS, FCCP**

Pulmonary & Critical Care Medicine

Johns Hopkins University

 Baltimore, Maryland

**410-502-7044**, 410-502-7048 fax

nlechtz@jhmi.edu

**Lou Saporito, RRT, BS**

Millennium Respiratory Services

 Whippany, New Jersey

800-269-9436, **973-463-1880**

saporilr@umdnj.edu

**Augusta S. Alba, MD, Retired**

Consultant, Rehabilitation Medicine

Coler Goldwater Specialty Hospital and Nursing Facility

 Roosevelt Island, New York

**Linda L. Bieniek,** LaGrange,Illinois

**Mary Ann and William (deceased) Buckingham,** Worth, Illinois

J**ason Hallgren,** Coatesville, Pennsylvania

**Valerie and Richard Parrish,** Plainfield, Illinois

**Carol Wallace,** Austin, Texas

**Christamae Zimpel,** Ceres, California

***Prepared by Funded by***

******