Resumen médico

PACIENTE EN TRANSICIÓN

Adultos jóvenes con trastornos neurológicos

Indicaciones
Este documento debe ser rellenado por los proveedores de servicios médicos, en colaboración con los jóvenes y sus cuidadores(as).

Propósito
Este documento debe ser compartido con los proveedores de servicios médicos de los pacientes en transición, así como también con el(la) paciente mismo(a) y sus cuidadores(as), según corresponda.

Información del paciente		
Información del paciente:		
Fecha cuando se rellenó el formulario por primera vez:		
Fecha(s) de revisión del formulario:		
Formulario rellenado por:		
Información de contacto del proveedor médico principal de la transición		
Nombre:		
Dirección:		
Número del trabajo:	Mejor hora para contactar:	
Correo electrónico:	Mejor forma de contactar: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico	
Información del contacto del paciente en transición y del seguro		
Nombre:	Apodo:	
Fecha de nacimiento:	Idioma preferido:	
Dirección:		
N.° del tlf. celular:	N.° del tlf. de la casa:	Mejor hora para contactar:
Email:		Mejor forma de contactar: ☐ Texto ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico
Madre/Padre (cuidador(a)):	Relación:	
Correo electrónico:		
N.° del tlf. celular:	N.° del tlf. de la casa:	Mejor hora para contactar:
Correo electrónico:		Mejor forma de contactar: ☐ Texto ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico
Plan del seguro de salud:	Grupo e identificación	
¿Estatus legal limitado? ☐ Sí I No ☐	Custodia ☐ Sí I No ☐	Custodia ☐ Sí I No ☐

**** Por favor anexe ** los documentos legales que deben ser entregados por la madre/el padre o los cuidadores primarios.**

Resumen médico
PACIENTE EN TRANSICIÓN

Proveedores de cuidados de salud		
Nombre	Teléfono/Fax	Correo electrónico
Proveedor de cuidados primario		
Proveedor especialista	Teléfono/Fax	Correo electrónico
Proveedor especialista		
Proveedor especialista		
Proveedor especialista		
Proveedor especialista		
Proveedor especialista		
Nombre	Teléfono/Fax	Correo electrónico
Terapeuta ocupacional		
Terapeuta físico		
Terapeuta del habla		
Salud del comportamiento		
Otro		
Otro		
Otro		

Información de la escuela y la comunidad			
Agencia/Escuela	Persona de contacto	Teléfono/Fax	Correo electrónico

Plan de cuidado de emergencia		
Nombre:		Relación con el paciente:
Teléfono (celular):	Teléfono (otro):	Correo electrónico:
Localidad preferida para el cuidado de emergencia:		
Precauciones especiales (p.ej., plan de acción en caso de convulsión):		

Resumen médico
PACIENTE EN TRANSICIÓN

Etiología (Marque todo lo que corresponda; describa)					
☐	Genética / Cromosómica	☐	Exposición a substancia prenatal	☐	Exposición viral prenatal
☐	Nacimiento prematuro	☐	Infección	☐	Adquirida (p. ej., ITB, Lesión por inmersión)
☐	Metabólico	☐	Otro (especifique)	☐	Otro (especifique)
☐	Desconocido (especifique)				

Diagnósticos y problemas actuales	
Enfermedades neurológicas primarias	
Lista de problemas	**Detalles y recomendaciones**
Diagnósticos secundarios	
Lista de problemas	**Detalles y recomendaciones**
Problemas de conducta asociados	
Por favor especifique:	

Alergias; medicamentos y procedimientos para evitar	
Alergias	**Reacciones**
Evitar	**¿Por qué?**
Medicamentos (Lista)	
Procedimientos médicos (Lista)	

Resumen médico

PACIENTE EN TRANSICIÓN

Medicamentos actuales (para los medicamentos anteriores, por favor complete la últims página)					
Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Medicamentos (continuación)	Dosis	Frecuencia
1.			7.		
2.			8.		
3.			9.		
4.			10		
5.			11.		
6.			12.		

Cirugías anteriores, procedimientos y hospitalizaciones (incluir imágenes, cuando estén disponibles)	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	

Dominios de funcionamiento adaptables (actividades actuales)			
Comunicación	¿Verbal?	¿No verbal?	
Social			
Problemas de nutrición			
Problemas de sueño			
Mobilidad	¿Independiente?	¿Ayudantes?	¿Silla de ruedas?
	¿Otro? Describe		
Estudios académicos funcionales	Nivel de grado académico funcional?	Fecha de prueba:	
	FSIQ: (Escala completa, si está disponible)	Fecha de prueba:	
Cuidado de sí mismo(a)			
Ocio			

INFORME MÉDICO
PACIENTE EN TRANSICIÓN

Dominios de funcionamiento adaptivo (actividades actuales)	
Trabajo	
Actividades comunitarias	
Asuntos de seguridad	
Información adicional	

Equipo, artefactos y tecnología de apoyo (indique todos los que apliquen)							
☐	Gastrostomía	☐	Dispositivo de comunicación	**Monitores**		☐	Otros, describa:
☐	Traqueotomía	☐	Silla de ruedas	☐	Apnea		
☐	Succiones	☐	Ortopedia	☐	Cardíaco		
☐	Nebulizador	☐	Muletas	☐	Oxígeno		
☐	Asiento adaptable	☐	Caminadora	☐	Glucosa		

Notas adicionales o información no cubierta anteriormente

Firmas	
Nombre de la madre/el padre/el(la) guardián(a) (En letra imprenta)	
Nombre de la madre/el padre/el(la) guardián(a) (Firma)	
Número de teléfono	Fecha

(continuación)

Firmas (continuación)	
Nombre del proveedor de cuidado primario (En letra imprenta)	
Nombre del proveedor de cuidado primario (Firma)	
Número de teléfono	Fecha
Nombre del proveedor de cuidado neurológico (En letra imprenta)	
Nombre del proveedor de cuidado neurológico (Firma)	
Número de teléfono	Fecha

Medicamentos anteriores para las historias de medicamentos complejos (p.ej., epilepsia))		
Medicamento	Duración	Razón por la cual se interrumpió y comentarios