



Bringing Hope
Opening Doors
Elevating Inclusion



CSHCN Emergency Health Information Sheet (Información de Emergencia)

Demographics (Demografía)

Name: (nombre) _____

Birthdate: (fecha de nacimiento) _____ M F Age: (edad) _____

Primary Language: (idioma preferido) _____

Parent/Guardian: (nombre de Padre/Tutor) _____ Teléfono: _____

Emergency Contact: (contacto de emergencia) _____ Teléfono: _____

Preferred Hospital for Transport: (hospital preferido) _____

Baseline Status (Condición normal)

Vital Signs: (los signos vitales) HR: _____ RR: _____ BP: _____ O2 Sat: _____%

Weight: (peso) _____lbs Height: (altura)ft/in _____ Best IV site: (mejor IV sitio) _____

Neuro Status/Your child's developmental level: (condición neurológica del paciente)

Nonverbal (no puede hablar) Hearing Impaired (No puede oír) Visually Impaired (No puede ver)

Medical History (Historial medico)

Allergies/Reaction: (alergias/reacción)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Medical Conditions: (condiciones medicas)

Hospitalizations/Surgeries: (hospitalizaciones/cirugias)

Medications: (medicinas)

1. _____	6. _____
2. _____	7. _____
3. _____	8. _____
4. _____	9. _____
5. _____	10. _____