



## Información del Paciente

### Datos del Paciente

Nombre .....

RUT .....

Teléfono .....

Medicamentos .....

Alergias .....

Grupo Sanguíneo .....

Previsión .....

### Contacto de Emergencias

Nombre .....

Dirección .....

Teléfono .....

### Contactos Centro de Atención

Nombre del Centro .....

Dirección .....

Teléfono .....

Neurólogo Tratante .....



# Información del Paciente

## Condiciones Médicas

Marque todo lo que corresponda

- Distrofia Muscular de Duchenne
- Tratamiento crónico con corticoides (Prednisona o Deflazacort)
- Dependiente de ventilación nocturna (\_\_\_horas)
- Dependiente de ventilación permanente (\_\_\_horas/ventanas\_\_\_)
- Apnea obstructiva del sueño
- Miocardiopatía
- Insuficiencia suprarrenal
- Asma
- Diabetes
- Trastorno del espectro autista (TEA)
- Déficit cognitivo
- Paciente no verbal
- Marcapasos \_\_\_ / Desfibrilador cardíaco implantable \_\_\_
- Discapacidad visual
- Discapacidad auditiva
- Hipertensión
- Nefropatía
- Rabdomiolisis recurrente
- Síndrome convulsivo
- Antecedente de implantes metálico que contraindiquen una resonancia magnética
- Escoliosis
- Otro: \_\_\_\_\_

## Equipo necesario durante una hospitalización

- BiPAP** (IPAP \_\_\_ / EPAP \_\_\_ / Frecuencia Respiratoria (FR) \_\_\_ / Tiempo Inspiratorio (Ti) \_\_\_ / FiO2 \_\_\_)
- Ventilador** (PIP \_\_\_ / PEEP \_\_\_ / Volumen Corriente \_\_\_ / FR \_\_\_ / Ti \_\_\_ / FiO2 \_\_\_)
- Dispositivo de asistencia para la tos** (p° inspiratoria \_\_\_ / p° espiratoria \_\_\_ / Ti \_\_\_ / Tpo espiratorio (Te) \_\_\_)
- Equipos de movilidad**
- Otros:** \_\_\_\_\_