



Hoja información del paciente

Información del Paciente

Nombre

Teléfono

Grupo sanguíneo

Fonasa

Isapre

Contactos de emergencias

Nombre

Dirección

Teléfono

Contactos Centro de Atención

Nombre de Centro Hospitalario

Dirección

Teléfono

Alergias

.....

.....



Hoja información del paciente

Condiciones Médicas

Marque todo lo que corresponda

- ☐ Distrofia Muscular de Duchenne
- ☐ Tratamiento esteroidal crónico
- ☐ Dependiente del ventilador nocturno (horas)
- ☐ Dependiente de ventilador permanente (horas/ventanas)
- ☐ Miocardiopatía Insuficiencia suprarrenal
- ☐ Asma
- ☐ Diabetes
- ☐ Autismo
- ☐ Retraso cognitivo
- ☐ No verbal
- ☐ Marcapasos
- ☐ Desfibrilador cardíaco implantable
- ☐ Discapacidad visual
- ☐ Discapacidad auditiva
- ☐ Hipertensión
- ☐ Nefropatía
- ☐ Rabdomiólisis recurrente
- ☐ Implantes metálicos (¿ su tratante si autoriza resonancia magnética?)
- ☐ Desfibrilador cardíaco implantable
- ☐ Escoliosis
- ☐ Cirugía de escoliosis
- ☐ Trastorno convulsivo
- ☐ Otro

Equipo necesario en el hospital

- ☐ BiPap o Ventilador (se recomienda llevar escrito la configuración del ventilador o Bpap)
- ☐ Asistente para la tos
- ☐ Equipos de movilidad
- ☐ Aspiración frecuente
- ☐ Otro