

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____

Diagnóstico: _____

Nivel funcional: _____

Medicamentos: _____

Farmacia: _____ **Teléfono:** _____

Alergias: _____

Equipo: silla de ruedas no sí andador no sí
órtesis no sí tipo: SMOs (órtesis supra maleolar) AFOs (órtesis tobillo y pie)
 KAFOs (órtesis de rodilla, tobillo y pie) HKFOs (órtesis cadera, rodilla, tobillo y pie)
 TLSOs (órtesis torácica, lumbar y el sacro)
Proveedor: _____ Teléfono: _____

Urología: Dr. _____ Teléfono: _____

Necesita citas: cada 6 meses anuales cada 2 años
Tratamiento actual de la vejiga: micción voluntaria vesicostomía cateterización intermitente limpia
Vía de cateterización: uretra apendicovesicostomía
Tipo de catéter: recto acodado hidrofílico otro: _____
Tamaño: _____ Longitud: _____ Frecuencia: Cada ____ horas
Proveedor: _____ Teléfono: _____

Cuidado nocturno (si procede): _____

Irrigación de la vejiga: no sí (Solución: _____ Frecuencia: _____)

Procedimientos médicos: aumento de tamaño de vejiga apendicovesicostomía vesicostomía botox
 catéter supra-púbico inyección "deflux" reimplantación de uretra cirugía para remover cálculos
 orquiopexia orquiectomía

Observaciones urológicas anteriores: hidronefrosis reflujo vesicoureteral

alta presión en estudios de videourodinámica (≥ 40 cm H₂O)

Tratamiento intestinal: medicamentos vía oral: _____

Evacuación: supositorios "Enemeez" enema de globo/cono
 MACE (enema para continencia anterógrado Malone) / ACE (enema para continencia anterógrado)
 estimulación digital cronometrada desimpactación Solución del enema (si procede): _____
Frecuencia de intervención rectal: diaria cada dos días otro: _____

Neurocirugía: Dr. _____ Teléfono: _____

Necesita citas: cada 6 meses anuales cada 2 años
Procedimientos: cirugía fetal mielomeningocele cirugía postnatal mielomeningocele
 liberación de la médula espinal anclada descompresión de malformación de "Chiari"
 válvula de siringomielia reemplazo de válvula Tipo de válvula: _____ programable: no sí

Piel: Historial de heridas: no sí Área: _____ Tratamiento de heridas (si procede): _____

Ortopedia: Dr. _____ Teléfono: _____

Necesita citas: cada 6 meses anuales cada 2 años
Condiciones tratadas: escoliosis cifosis contractura de cadera subluxación/dislocación de cadera
 contractura de rodilla torsión tibial deformidad de pie pie zambo

Otros especialistas: _____

Otra información de salud importante: _____

Otras cirugías no mencionadas anteriormente: _____