Nombre del joven_____

Fecha de nacimiento del joven _____

Imagen

Lista de diagnósticos:

Lista de medicamentos:

Peso:_____

Altura:_____

Frecuencia cardíaca (HR):_____

Presión (BP):_____

Frecuencia respiratoria:

_____

Oxigenación:_____

Información útil:

Nombre del joven _____

Fecha de nacimiento del joven _____

Imagen

Lista de diagnósticos:

Lista de medicamentos:

Peso:_____

Altura:_____

Frecuencia cardíaca (HR):_____

Presión (BP):_____

Frecuencia respiratoria:

_____

Oxigenación:_____

Información útil:

Padre/madre/cuidador:_____

Dirección:_____

Ciudad, Estado, Código postal:_____

Número de teléfono:_____

Médico:_____

Dirección:_____

Ciudad, Estado, Código postal:_____

Número de teléfono:_____