Nombre del joven_____

Fecha de nacimiento del joven _____

Fortalezas e intereses:

Imagen

Lista de diagnósticos:

Peso:_____

Altura:_____

Frecuencia cardíaca (HR):___

Presión (BP):_____

Frecuencia respiratoria:____

Oxigenación:_____

Lista de medicamentos:

Información útil:

Padre/madre/cuidador:_____

Dirección:_____

Ciudad, Estado, Código postal:_____

Número de teléfono:_____

Médico:_____

Dirección:_____

Ciudad, Estado, Código postal:_____

Número de teléfono:_____