

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: _____



**Division of Specialized
Care for Children**

dsccl.uic.edu • (800) 322-3722