Nombre:

Fecha de nacimiento:

Imagen

Diagnóstico:

Peso: _____

Altura: _____

Medicamentos:

Frecuencia cardiaca (HR): _____

Presión (BP): _____

Frecuencia respiratoria:

_____

Oxigenación: _____

Información útil:

_____
Padre/madre/cuidador

_____
Dirección

_____
Ciudad, Estado, Código postal

_____
Número de teléfono

_____
Médico

_____
Número de teléfono

UIC UNIVERSITY OF ILLINOIS CHICAGO
Division of Specialized Care for Children
dscc.uic.edu • (800) 322-3722