

Portable Medical Summary

RESUMEN MEDICO PORTATIL

Name/Nombre	DOB (fecha de nacimiento)
Address/ dirección	Parent or legal Guardian/Padre o tutor
	Day phone number/ tel. de día
	Work phone number/ tel. de trabajo
	Cell phone numbe/# de celular

Emergency Contact/Contacto de emergencia	Phone number/ Número de teléfono	Relation to the patient /relación con el paciente

Personal characteristics /Características principales	Primary Language/Idioma principal
How does PT communicate/ como se comunica el paciente:	

Daily Rx/Prescripcion diaria		
Monthly Rx/Prescripciones mensuales		

Allergies/ Alergias			
Reactions/ reacciones			

RX PRN/Receta PRN	
Herbal supplements/ Suplementos naturales	

Primary Diagnosis and age of onset/ Diagnostico primario y edad en el momento del diagnostico

Other DX/ Otro diagnostico _____

Oxygen/Oxígeno: Si ___ No ___ **Quantity Cantidad/:** _____

Is the PT current on his Immunizations?/ ¿Está el paciente al día con sus inmunizaciones/vacunas? YES/si _____ NO _____

Hospital stays/Hospitalizaciones

Name of the Hospital/Nombre del hospital	Reason for Surgeries /procedures Razón de las Cirugías/Procedimientos	Doctor	Date/fecha

Vital signs/Signos Vitales:

Neurological state Estado Neurológico _____

Temperature/Temperatura _____

Oxygen level/ nivel de Oxígeno _____ Pulse/Pulso _____ Blood pressure Presión Arterial ____/____

Results/resultados _____

Treatment considerations/ Consideraciones del Tratamiento:

Common medical problems/Problemas comunes que se presentan