



Registro Health Emergency Ready Oregon (HERO) Kids

En una emergencia, cada segundo importa

Solo padres, madres, tutores legales y adultos jóvenes de 15 a 26 años pueden completar este formulario

Por el momento, los padres de acogida/adoptivos temporales de Oregon no pueden registrar a menores que estén bajo su cuidado. No añada ninguna información al Registro que no quiera que se comparta con profesionales médicos de emergencias.

Aviso de traducción: Una vez que el Registro HERO Kids reciba este formulario, los servicios de traducción de OHSU lo traducirán del español al inglés antes de que se ingrese a nuestro sistema. Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la precisión o la integridad de esta traducción, llame al 833-770-4376 o envíenos un correo electrónico a herokids@ohsu.edu.

Introducción:

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, consulte la **Guía de inscripción a HERO Kids** adjunta.

¿Es la primera vez que se inscribe? Sí No

Si la respuesta es "No", ingrese el número de ID de Registro Hero (si lo sabe) _____

¿Es usted una persona adulta joven de entre 15 y 26 años que está completando su propia inscripción?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿le otorga a su padre, madre o tutor(es) legal(es) acceso a su información del registro?

Sí No

Si selecciona "No", usted será la única persona que podrá modificar esta información.

Inscripción completada por:

- Tutor(a) legal
- Padre/madre
- Persona a inscribir

¿Alguna persona le ayudó a completar este formulario?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terapeuta conductual | <input type="checkbox"/> Terapeuta físico |
| <input type="checkbox"/> Coordinador(a) de atención | <input type="checkbox"/> Médico de cabecera |
| <input type="checkbox"/> Dietista | <input type="checkbox"/> Terapeuta respiratorio |
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Coordinador(a) de servicios |
| <input type="checkbox"/> Personal de enfermería | <input type="checkbox"/> Trabajador(a) social |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> Personal de hospicio o cuidados paliativos | |

Datos demográficos:

Nombre _____

Segundo nombre/inicial _____

Apellido _____

Sufijo (Jr., III., etc.) _____

Nombre preferido/le gusta que le digan _____

Pronombres usados _____

Número de Seguro Social (SSN) _____-_____-_____

El número de Seguro Social es opcional y NO es obligatorio para inscribirse.

Fecha de nacimiento (MM-DD-AAAA) ____-____-_____

Sexo

- Mujer
- Hombre
- Mujer a hombre, hombre transgénero
- Hombre a mujer, mujer transgénero
- Otro, ni exclusivamente hombre ni mujer
- Se desconoce (no se puede determinar)

Identidad de género _____

Raza - marque todas las opciones que correspondan

- Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska
- Asiático/a
- Negro/a o afroamericano/a
- Hispano/a o latino/a
- De Medio Oriente o de África del Norte
- Nativo/a de Hawái o de otra isla del Pacífico
- Blanco/a
- Otra (completar abajo)
- No sabe
- Se negó a responder

Si seleccionó la opción **Otra**, comparta la información aquí _____

Idioma preferido _____

Contactos:

Dirección postal del/de la menor o adulto/a joven

Dirección _____ **N.º de apartamento** _____
Ciudad _____
Estado _____ **Código postal** _____

Domicilio(s) del/de la menor o adulto/a joven (si es diferente a la de arriba)

Dirección _____ **N.º de apartamento** _____
Ciudad _____
Estado _____ **Código postal** _____

Número(s) de teléfono de contacto de emergencia

Número _____ - _____ - _____

Tipo

- Particular
- Celular
- Localizador
- Laboral

Relación con el/la menor o adulto/a joven

- Tutor(a) legal
- Pareja/concubino(a)
- Otro familiar (completar abajo)
- Otro no familiar (completar abajo)
- Padre/madre
- Cónyuge

Si seleccionó la opción "Otro", comparta la información aquí _____

Suscripción para recibir correos electrónicos del Registro HERO Kids

Sí, me gustaría participar. Correo electrónico _____

Relación con el/la menor o adulto/a joven: Tutor(a) legal Padre/madre Persona a inscribir

Detalles clínicos:

Diagnóstico primario/afección(es) _____

(Ejemplos: asma, autismo, parálisis cerebral, trastorno convulsivo, trastorno de ansiedad grave)

Grupo sanguíneo (si lo sabe) _____

¿El/la menor o adulto/a joven tiene signos vitales base fuera del rango normal para la edad? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique los signos vitales del/de la menor o adulto/a joven:

Frecuencia cardíaca	
Frecuencia respiratoria	
Presión arterial (diastólica) - PAD	
Presión arterial (sistólica) - PAS	
Saturación de oxígeno	

Tecnología o equipo médico

(Ejemplos: válvula de derivación, sondas, implantes, prótesis)

Nombre de la tecnología o equipo médico _____

Comentarios _____

Dispositivos de movilidad

(Ejemplos: andador, silla de ruedas)

Nombre del dispositivo de movilidad _____

Comentarios _____

Alergia a medicamentos

(Ejemplos: aspirina, látex)

Nombre del medicamento al que se tiene alergia _____

Comentarios _____

Alergia alimentaria o ambiental

(Ejemplo: picaduras de abejas, mantequilla de maní)

Nombre de la alergia _____

Comentarios _____

Medicamentos/fármacos recetados que está tomando

Nombre del medicamento	Dosis	Unidades	Cronograma de dosis

Nombre del medicamento	Dosis	Unidades	Cronograma de dosis

¿Tiene antecedentes de consumo de alcohol? Sí No

¿Tiene antecedentes de consumo de drogas? Sí No

Si se indicó que tiene antecedentes de consumo de alcohol o droga, ingresar más detalles

Tipo _____

Comentarios _____

Si se le transporta, ¿cuál es el hospital de preferencia? _____

Motivo para elegir ese hospital

- Establecimiento más cercano
- Preferencia de la familia
- Cobertura del seguro
- Preferencia personal
- Centro especializado regional

Alertas e instrucciones:

Hay más probabilidades de que el/la menor o adulto/a joven necesite servicios médicos de emergencia para: _____

¿El/la menor o adulto/a joven tiene un formulario POLST en el Registro Oregon POLST? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ingrese el número de ID del Registro POLST (si lo sabe) _____

El SME podrían observar lo siguiente (marcar todas las que correspondan)

- Evita el contacto visual
- Evita o teme a las personas con uniformes o placas
- No responde/no puede responder a instrucciones ni órdenes
- No usa/no puede usar lenguaje hablado
- Se fatiga con facilidad/bajo nivel de energía
- Muy sensible a las luces, sonidos u olores
- Muy sensible al dolor
- Problemas de equilibrio; torpeza
- Menos sensible al dolor
- Se lleva cosas a la boca
- Reacciona al contacto físico
- Repite palabras o frases
- Grita; hace sonidos fuertes
- Parece no registrar el peligro
- Comportamientos de autolesión
- Comportamientos de autoestimulación (Ejemplos: batir las manos/mecerse/girar)
- Mira a la nada
- Tendencia a la agresión
- Tendencia a hacer movimientos repentinos
- Tendencia a escapar; deambular
- Se pierde sin saberlo

Objetos de confort (si corresponde) _____

Palabra o frase de seguridad (si corresponde) _____

Factores o condiciones que pueden afectar la prestación de servicios de atención médica
(marcar todas las opciones que correspondan)

- Consumo de drogas o alcohol
- Dificultades de salud conductual
- Ceguera, visión deficiente o dificultad para ver
- Discapacidades o retrasos cognitivos
- Factores culturales, religiosos o costumbres
- Sordera o dificultad auditiva
- Trastorno del lenguaje expresivo (usar lenguaje hablado)
- Trastornos de alimentación o deglución
- Discapacidades o retrasos de la motricidad fina
- Discapacidades o retrasos de la motricidad gruesa
- Dificultades de salud mental
- Obesidad
- Diferencias en las extremidades u ortopédicas
- El idioma principal no es inglés
- Trastorno del lenguaje receptivo (comprender lenguaje)
- Trastorno convulsivo
- Baja estatura
- No puede caminar
- Inconsciente
- Falta de cooperación
- Otro: Comparta la información aquí _____

Si se le transporta en ambulancia, el/la menor o adulto/a joven estará más cómodo/a en esta posición

- Asiento para auto
- Fowler (sentado/a en posición semivertical)
- Decúbito izquierdo
- Decúbito derecho
- Prono
- Otro: Comparta la información aquí _____
- Semiposición de Fowler
- Sentado/a
- Supino
- Trendelenburg

Persona que de preferencia debe acompañar al/a la menor o adulto/a joven

Relación

- Padre
- Madre
- Tutor(a) legal
- Pareja/concubino(a)
- Otro no familiar
- Otro familiar

Si seleccionó la opción "Otro", comparta la información aquí:

Nombre _____ Segundo nombre/inicial ____ Apellido _____

Profesionales médicos primarios o especializados

Nombre _____ Segundo nombre/inicial ____ Apellido _____

Número _____ - _____ - _____

Médicos de cabecera o especializados

Nombre _____ Segundo nombre/inicial ____ Apellido _____

Número _____ - _____ - _____

Documentos adicionales:

¿El/la menor o adulto/a joven tiene una carta de protocolo para emergencias o un formulario de información para emergencias? Sí No

Si la respuesta es "Sí", envíela por correo junto con el formulario de inscripción

AUTORIZACIÓN NECESARIA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL REGISTRO:

HERO Kids es un Registro electrónico (el "Registro") desarrollado para ayudar a proporcionar información crítica sobre menores registrados a Servicios Médicos de Emergencia ("EMS") y profesionales del departamento de emergencias ("Profesionales de Emergencias") en los primeros momentos de atención durante una emergencia. Al firmar abajo otorga al Registro HERO Kids su permiso para compartir la información que ha proporcionado con EMS y Profesionales de Emergencias, y reconoce que ha leído y acepta las siguientes condiciones:

- Usted comprende que es el único responsable por la información ingresada al Registro y cualquier información que proporcione se puede compartir con los EMS y Profesionales de Emergencias. Usted no ingresará al Registro ninguna información que no desee que se divulgue a los EMS y Profesionales de Emergencias. Asimismo, OHSU y el Registro HERO Kids no tendrán ninguna responsabilidad por divulgar información del Registro a Profesionales de Emergencias a menos que haya revocado su autorización para compartir dicha información.
- Puede revocar su autorización en cualquier momento enviando una declaración por escrito a herokids@ohsu.edu o por correo a HERO Kids Registry, Mail code: BTE234, 3181 SW Sam Jackson Park Road, Portland, OR 97239 donde indique que está revocando esta autorización. Incluya su número del Registro en la solicitud. Si revoca su autorización, la información conservada en el Registro ya no se podrá seguir usando ni divulgando. No obstante, cualquier uso o divulgación que ya se haya realizado con su permiso no se puede deshacer.

He leído esta autorización y la entiendo. Firme con su nombre abajo. A menos que se revoque, esta autorización vence tres años después de la fecha en la que se firmó.

Por: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre, tutor(a) legal o adulto/a joven (si está completando el formulario para sí mismo/a)

Descripción de la relación de la persona que firma con el/la inscrito/a: _____

Enviar por correo a:

Registro HERO Kids
3181 SW Sam Jackson Park Rd
Mail Code: BTE 234
Portland, OR 97239

Contacto:

herokids@ohsu.edu

Oficina comercial: 833-770-4376

www.herokidsregistry.org