

UC DAVIS
HEALTH



TARJETA PARA LA COMODIDAD

Fecha: _____

Nombre del niño

MRN:

FECHA DE NACIMIENTO:

MEDIDAS DE COMODIDAD

¿Cómo describiría las experiencias de **usted/su niño** con pinchazos de aguja/procedimientos anteriormente? ningún problema llora
 se preocupa Muy temeroso no ha tenido experiencias

Comentarios: _____

Información: A su niño le gustaría (marque todas las que correspondan):

- instrucciones paso a paso una voz durante el procedimiento
 cerrar cortina/privacidad silencio/menos información

Personas: ¿Quién querría el niño que estuviera presente para el pinchazo de aguja/procedimiento? (*Marque todas las que correspondan.*):

- cuidador persona especialista en vida infantil (*si está disponible*)

Posición: El niño prefiere estar: acostado sentado en brazos

Observar: El niño prefiere: mirar apartar la mirada

Distracción: A su niño le gustaría recibir (*marque todas las que correspondan*):

- contar “1, 2, 3” en voz alta, y recibir el pinchazo burbujas libro
 juguetes otras ideas para entretenerlo (especificar):
-

Medidas de comodidad: ¿Su niño utiliza alguna de estas medidas para la comodidad? (*Marque todas las que correspondan*)

Para bebés:

- envolverlo o tenerlo
piel con piel
 chupete
 sucrose

Niños de todas las edades:

- visualización (*p. ej., mi lugar favorito*)
 respiración profunda
 mi propio artículo de consuelo

Continúa al dorso 

¿Desea utilizar otras medidas *(según sea posible para su procedimiento)?*

Buzzy® Opciones anestésicas: _____

Cualquier otra información que desee compartir con nosotros sobre su niño que pueda ser útil: _____

Nombre en letra de molde de la persona
que rellena este formulario

Relación o parentesco con el niño