



**TRAQUEOKIDS**

Asociación de apoyo a familias  
con traqueostomía pediátrica

[www.traqueokids.org](http://www.traqueokids.org)

[info@traqueokids.org](mailto:info@traqueokids.org)



**PASAPORTE**

**Paciente con  
traqueostomía**

**Patient  
Tracheostomy**

**PASSPORT**



**TRAQUEOKIDS**

Nombre/ Name:

Apellido/ Surname:

Fecha de nacimiento/ Birthdate:

# Autorización:

Authorization:

Autorizo a que esta información médica sea consultada por personal sanitario en caso de emergencia.  
I authorize this medical information to be consulted by medical personnel in case of emergency.

Firma paciente o tutor:

Patient or guardian signature:

# Datos personales:

Personal data:

DNI/ Identity Card:

Dirección/ Address *Añade algo de texto*

Cuidad/ City

País/ Country

Teléfono/ Phone

Contacto de emergencia/ Emergency c.



# Aviso importante:

La persona portadora de este documento ha sido sometida a una intervención médica denominada traqueostomía, lo que hace imprescindible el uso de ciertos dispositivos médicos tales como máquina de aspiración, oxímetro, cánulas, entre otros. Algunos de estos artículos pueden contener pequeñas cantidades de líquido.

Debido a su condición de salud, es fundamental que la persona mantenga consigo estos dispositivos en todo momento. En caso de que sea necesario revisarlos, dicha inspección deberá realizarse únicamente en presencia de personal sanitario cualificado.

Es posible que también transporte otros elementos médicos de características similares que resulten necesarios para su bienestar. Agradecemos su comprensión y colaboración permitiendo que la persona titular del pasaporte continúe con estos productos sin inconvenientes.

Muchas gracias por su atención.

# Detalles de la cánula:

Tracheostomy tube details:

Temporal/Temporary:

Permanente/Permanent:

Marca y modelo/make and model:

Tamaño/Size:

NEO  PED

Tipo de cánula/ type of trach tube:

Con balón/ Cuff  Sin balón/ Cuffless

Fenestrada/ Fenestrated

Frecuencia de cambio/Change frequency



# Important notice

The bearer of this document has undergone a medical procedure known as a tracheostomy, which makes the use of certain medical devices essential, such as a suction machine, oximeter, cannulas, among others. Some of these items may contain small amounts of liquid.

Due to their medical condition, it is vital that the individual keeps these devices with them at all times. If inspection is necessary, it must be carried out only in the presence of qualified medical personnel. They may also carry other similar medical items required for their well-being. We appreciate your understanding and cooperation in allowing the passport holder to continue with these items without inconvenience.

Thank you very much for your attention.

# Diagnósticos y antecedentes:

Diagnoses and history:

Diagnóstico principal/ Main diagnosis:

Otros diagnósticos/Other diagnoses:

Motivo de la traqueostomía/Reason for tracheostomy:

Fecha de colocación/Date of Surgery :

# Detalles de la cánula:

Tracheostomy tube details:

Temporal/Temporary:

Permanente/Permanent:

Marca y modelo/make and model:

Tamaño/Size:

 NEO  PED 

Tipo de cánula/ type of trach tube:

Con balón/ Cuff  Sin balón/ Cuffless

Fenestrada/ Fenestrated

Frecuencia de cambio/Change frequency

# Asistencia respiratoria

(si aplica):

Respiratory support (if applicable):

¿Usa ventilador mecánico?/Uses  
mechanical ventilation?

Sí/Yes  No

Tipo/ Type:

Parámetros Básicos/Basic settings :

¿Oxígeno suplementario?/Supplemental  
oxygen?

Sí/Yes  No  L/min

Tipo de humificación/Type of  
humidification:

# Cuidados diarios:

Daily care:

Tipo de aspirador/ Type of suction device:

Frecuencia de aspiración/Suction  
frequency:

Medicación inhalada/Inhaled  
medication :

Otros/ Other:

# Comunicación:

Communication:

¿Puede hablar con cánula?/Can you talk with your trach tube?

Sí/ Yes  No

Método alternativo de comunicación/Alternative method of communication:

Apps  Pictogramas  CAA

Señas/sign language  Laringófono

Otros/Other:

Uso de válvula fonatoria/Speaking valve:

Sí/Yes  No

Uso de tapón/ Trach cap:

Sí/ Yes  No

# Equipo esencial:

Essential equipment:

- Cánulas de repuesto (del mismo tamaño y menor)/ Replacement trach tube
  - Aspirador portátil/Portable secretion aspirator
  - Sondas de succión/ Suction catheter
  - Filtros HME/ HME filters
  - Gasas/Gauze
  - Suero/Saline solution
  - Oxímetro/ Oximeter
  - Guantes/ Gloves
  - Gel hidroalcohólico/Hydroalcoholic gel
  - Lubricante/Lubricant
- Otros/ Other:

# Signos de alerta:

Warning signs:

- ⚠ Dificultad respiratoria / Respiratory distress
- ⚠ Obstrucción de cánula/Tracheostomy tube obstruction
- ⚠ Secreciones espesas o con sangre/Thick or bloody secretions
- ⚠ Sangrado por estoma/Bleeding from stoma
- ⚠ Ruido respiratorio inusual/Unusual breathing noise
- ⚠ Cánula fuera de lugar/Trach tube out of place
- ⚠ Otros/Other:

# Contactos médicos:

Warning signs:

Médico tratante/Specialist doctor:

Teléfono/Phone:

Centro hospitalario de referencia/Referral hospital:

Enfermera / Nurse:

Otros/ Other: