

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

¡POR FAVOR MANTENGA ESTE FORMULARIO ACTUALIZADO!
Reviselo cada 6 meses. Rellenelo con lápiz para hacer cambios.

Fecha de la última revisión: ___/___/___

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre:				Sexo: M F
Dirección:				
Doctor:		Teléfono:		
Hospital preferido:				

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre:		Teléfono:		
Dirección:				
Nombre:		Teléfono:		
Dirección:				
Nombre:		Teléfono:		
Dirección:				

DATOS MÉDICOS

Enfermedades y notas:

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Clave de bloqueo de teléfono:

Fecha de nacimiento:

Farmacia:		Teléfono:		
Grupo sanguíneo:		Religión:		

Apoderado de decisiones
médicas en el archivo en:

Documento notariado
en el archivo en:

Cirugía reciente: _____ Fecha: ___/___/___

¿Tiene una orden de NO realizar reanimación cardiopulmonar o NO resucitar? Sí | No

¿Dónde está localizada?

CONDICIONES MÉDICAS | Circule todo lo que corresponda

Ninguno	Derivación coronaria	Hemodiálisis
Prótesis de válvula de corazón	Trastorno de la coagulación	Diabetes/ Insulinodependiente
Insuficiencia suprarrenal	Trastorno hemorrágico	Hepatitis tipo []
Angina	Alzheimer	Hipoglucemia
Asma	Anemia	Laringectomía
Demencia	Cirugía ocular	Leucemia
Cáncer	Glaucoma	Linfoma
Artritis	Déficit auditivo	Migrañas
Deterioro de la visión	Deterioro de la memoria	Arritmia cardíaca
Cataratas	ECG abnormal	Miastenia gravis
Marcapasos	Insuficiencia renal	Trastorno convulsivo
Apoplejía	Tuberculosis	Anemia falciforme

Otro:

ALERGIAS | Circule todo lo que corresponda

Ninguno	Aspirina	Agujones de insecto
Penicilina	Barbitúrico	Látex
Sulfa	Codeína	Lidocaína
Tetraciclina	Demerol	Morfina
Tinte de rayos X	Suero equino	Procaína

Otro:

SEGURO MEDICAL

Compañía de seguros médicos

Número de póliza: _____

Otra compañía de seguros médicos

Número de póliza: _____

Número de Medicaid:

Número de Medicare:

Notas adicionales:

¿Tiene preguntas?

Contacte a Mona McDonald
MONA@ABCS.ORG | PURSUELIFEAZ.ORG

