



Fecha de finalización: _____

Información de Emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de sangre: _____

Lenguaje primario: _____ Religión: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

1. Contacto de emergencia: _____

2. Contacto de emergencia: _____

3. Contacto de emergencia: _____

En caso de emergencia, esta persona puede asegurar mi residencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Tengo un poder notarial médico: SÍ NO

Persona designada por mi poder médico: _____ Teléfono: _____

Alergias a medicamentos: _____

Otras alergias: _____

Enfermedades o condiciones médicas: _____

Tengo: (Marque todo lo que corresponda)

Marcapasos

Desfibrilador interno

Dientes falsos

Audífonos de ayuda

Lentes de contacto

Extrimidos artificiales

Actualmente estoy siendo tratado por: (Marque todo lo que corresponda)

Heart

Presion Arterial Alta

Derrame Cerebral

Cáncer

Enfermedad del corazón

Diabetes

Epilepsia

Enfermedad Renal

Otras cirugías o afecciones importantes no mencionadas anteriormente: _____

Discapacidades: _____

Dificultades de visión o audición: _____