



# INFORMACIÓN MÉDICA

**FECHA:**

NOMBRE		INICIAL		APELLIDO				
CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO
FECHA DE NAC.	M/F	ESTATURA	PESO	COLOR DE PELO	COLOR DE OJOS	TIPO DE SANGRE	RELIGIÓN	
LISTE DIFICULTADES DE AUDICIÓN						PLACAS ARRIBA ABAJO	NO PUEDE HABLAR <input type="checkbox"/>	
LISTE DIFICULTADES DE VISIÓN						IDIOMA PRINCIPAL (SI NO ES INGLES)		
MARCAS DE IDENTIFICACIÓN								
CONDICIONES MEDICAS PRESENTES								
CONDICIONES MEDICAS PREVIAS								
MEDICINAS CORRIENTES (DOSIS Y FRECUENCIA)								
<b>ALERGIAS A MEDICINAS/QUE REACCIONES PRESENTA</b>								
NOMBRE DE DOCTOR Y TELÉFONO								
ULTIMA HOSPITALIZACIÓN								
INSTRUCCIONES ESPECIALES (DIRECTIVO DE SALUD, ETC. Y DONDE SE ENCUNTRAN LOS DOCUMENTOS)								
PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD								
CONTACTO DE EMERGENCIA - NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMERO DE TELEFONO Y RELACIÓN								
<b>ESCRIBA CLARAMENTE • SIGA INSTRUCCIONES PARA PONER EN SU REFRIGERADOR • ESCRIBA CLARAMENTE</b>								