**Información de Salud Plan de Emergencia**

Este plan de emergencia es para asegurarse de que esté preparado en caso de una emergencia inesperada. Llene un formulario por cada miembro de la familia.

**Lo Básico**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo |  |
| Tipo de Sangre |  |

**Fundamentos Médicos**

|  |  |
| --- | --- |
| Médico de Atención Primario |  |
| Teléfono de Médico |  |
| Otro Médico(s)  (Lista de Especialistas y número de teléfono) |  |
| Otro Médico(s)  (Lista de Especialidades y número de teléfono) |  |
| Otro Médico(s)  (Lista de Especialistas y número de teléfono) |  |

**Historia Médica**

|  |  |
| --- | --- |
| Cirugías |  |
| Número de Póliza |  |
| Nombre del Agente |  |
| Teléfono |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Cirugías |  |
| Número de Póliza |  |
| Nombre del Agente |  |
| Teléfono |  |

**Historia Médica (continuado)**

|  |  |
| --- | --- |
| Alergias a los Alimentos |  |
| Alergias Medicinales |  |
| Otras Alergias |  |
| Inmunización/Fecha |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Alergias a los Alimentos |  |
| Alergias Medicinales |  |
| Otras Alergias |  |
| Inmunización/Fecha |  |

**Historia Médica (continuado)**

|  |  |
| --- | --- |
| Enfermedades |  |
| Medicamentos |  |
| Dosis |  |
| Médico de Atención Primario |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Enfermedades |  |
| Medicamentos |  |
| Dosis |  |
| Médico de Atención Primario |  |

**Seguro**

|  |  |
| --- | --- |
| Primario (Nombre, dirección y número de teléfono) |  |
| Secundaria (Nombre, dirección y número de teléfono) |  |
| Donador de Órganos (Y/N) |  |
| Lugar del Testamento |  |
| Lugar del Poder |  |

**Contacto de Farmacia**

|  |  |
| --- | --- |
| Farmacia |  |
| Teléfono |  |