



## Información médica

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Alergia a medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otras alergias: \_\_\_\_\_

Nombre del médico/ consultorio	Teléfono	Horario de atención

Hospital: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

### EN CASO DE EMERGENCIA...

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_