

Mi información médica esencial

Mi nombre es: _____

Me gusta que me llamen: _____

Mi número de teléfono es: (_____) _____ - _____

Mi fecha de nacimiento es: Mes _____ Día _____ Año _____

Mi grupo sanguíneo es: *(marque uno)* A+ A- B+ B- AB+ AB- O+ O-

Tengo estas enfermedades, condiciones o trastornos médicos: _____

Estos son los nombres y números de teléfono de mis proveedores médicos: _____

_____ (_____) _____ - _____

_____ (_____) _____ - _____

_____ (_____) _____ - _____

_____ (_____) _____ - _____

Actualmente tomo las siguientes medicaciones: _____
Medicación _____ Dosis _____
Medicación _____ Dosis _____
Medicación _____ Dosis _____
Medicación _____ Dosis _____

Tengo alergia a: _____

Uso estos dispositivos de asistencia: _____



Esta iniciativa fue financiada en parte por una subvención del programa Inclusive Healthy Communities Grant Program (Programa de Subvenciones para Comunidades Sanas e Inclusivas) de la División de Servicios para Discapacitados del Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey.

RWJBH.org/CSH