



Para una emergencia, llame al 911

Para casos que no son emergencias, llame (703) 792-6500

MANTENER LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA
IMPORTANTE: SÓLO llenar en inglés

Nombre:

Sexo:
M F

Dirección:

Fecha de nacimiento: / /

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre:

Teléfono de casa #:

Dirección:

Relación:

Teléfono del trabajo #:

Nombre:

Teléfono de casa #:

Dirección:

Relación:

Teléfono del trabajo #:

DATOS MÉDICOS

Última actualización: Mo. Yr. Tipo de sangre:

Doctor:

Teléfono #:

Hospital Preferido:

Use lápiz para facilitar los cambios.

Condiciones especiales/Observaciones:

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Use lápiz para facilitar los cambios

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Cirugía reciente:

Fecha:

Religión:

Testamento en vida archivado en:

Apoderado para el cuidado de la salud archivado en:

¿Tiene una directiva EMS-NO CPR o un formulario DNR?

Sí No ¿Donde está localizado?

CONDICIONES MÉDICAS

Revisa todos los que existen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Condiciones médicas no conocidas | <input type="checkbox"/> Hemodiálisis |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma anormal | <input type="checkbox"/> Anemia hemolítica |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia suprarrenal | <input type="checkbox"/> Hepatitis-tipo [] |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia |
| <input type="checkbox"/> Desorden sangrante Cáncer | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> Arritmia cardiaca | <input type="checkbox"/> Linfomas |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Disfunción de la memoria |
| <input type="checkbox"/> Trantorno de coagulación | <input type="checkbox"/> Miastenia Gravis |
| <input type="checkbox"/> Cirugia de revascularizacion coronaria | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fracaso renal |
| <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Transtorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/dependiente de insulina | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme |
| <input type="checkbox"/> Cirujia de ojo | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Vista borrosa |
| <input type="checkbox"/> Prótesis de válvula cardíaca | |
| <input type="checkbox"/> Otra: | |

ALERGIAS

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Barbitúrico | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Codeina | <input type="checkbox"/> Lidocaina | <input type="checkbox"/> Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Demerol | <input type="checkbox"/> Morfina | <input type="checkbox"/> Tinte de rayos x |
| <input type="checkbox"/> Suero de caballo | <input type="checkbox"/> Novocaina | <input type="checkbox"/> Sin alergias conocidas |
| <input type="checkbox"/> Ambiental: | | |
| <input type="checkbox"/> Otra: | | |

SEGURO MÉDICO

Compañía de seguros médicos:

Póliza #:

Otra compañía de seguros médicos:

Póliza #:

Medicaid #:

Medicare #: