INFORMACIÓN DE REFERENCIA DE EMERGENCIA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarjeta de referencia de emergencia para los que viven en casa con necesidades médicas y sus cuidadores | | | | | |
| Nombre: | | | Fec.: | Grupo sanguíneo: | |
| Dirección: | | Ciudad: | | Estado: | Código postal: |
|  | | | | | |
| Información médica personal que los cuerpos de emergencia necesitan saber: | | | | | |
| Mis alergias: | | | | | |
| Mis medicamentos: | | | | | |
|  | | | | | |
| Nombre de receta: | | Dosis (p. ej. 50 mg) | | Frecuencia (p. ej. una vez cada día) | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| Tipo de vacuna: | | Dosis/unidades: | | Fecha dado (mes/año) | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| Necesidades especiales (p. ej. gafas, audífonos, dispositivos de asistencia de la movilidad, transducción, etc.): | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Números de teléfono de emergencia (si no 911) | | | | | |
| Dept local: | Número | Contactos de emergencia/nombre | | | Número |
| Ambulancia |  | Agencia de salud en el hogar |  | |  |
| Bomberos |  | Médico |  | |  |
| Policia |  | Médico |  | |  |
| Salud de condado |  | Clínica/servicio |  | |  |
| Gestión de emergencias |  | Farmacéutico |  | |  |
| Cruz Roja local |  | Dentista |  | |  |
| Refugios locales |  | Veterinario |  | |  |
| Familia y amigos - Contactos de emergencia | | | | | |
|  | Nombre | Número |  | Nombre | Número |
| Miembro de la familia |  | Casa: Trabajo: Móvil: | Amigo/vecino |  | Casa:  Trabajo:  Móvil: |
| Miembro de la familia |  | Casa: Trabajo: Móvil: | Amigo/vecino |  | Casa:  Trabajo:  Móvil: |
| Miembro de la familia |  | Casa: Trabajo: Móvil: | Amigo/vecino |  | Casa:  Trabajo:  Móvil: |
| Miembro de la familia |  | Casa: Trabajo: Móvil: | Amigo/vecino |  | Casa:  Trabajo:  Móvil: |
| Miembro de la familia |  | Casa: Trabajo: Móvil: | Amigo/vecino |  | Casa:  Trabajo:  Móvil: |