



INFORMACIÓN MÉDICA/CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre

Fecha de Nacimiento

Dirección

Número de Teléfono

MEDICINAS RECETADAS:

	Medicamento	Dosis y Frecuencia	Condiciones Medicas Tratadas
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

ALERGIAS:

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

1	
2	
3	
4	

Nombre:	
Teléfono:	
Relación:	
Nombre:	
Teléfono:	
Relación:	

**¿Acaso la persona tiene
EPIPEN para la Anafilaxia? **

Si No

INFORMACIÓN ADICIONAL:
