



TARJETA DATOS MÉDICOS PARA BILLETERA

NOMBRE: _____

FECHA: _____ / _____

Llene ambos lados de esta tarjeta utilizando un lápiz. Actualice la información cada seis meses. Mantenga la información en su billetera o cartera en todo momento y una copia en su mochila de emergencia.

DATOS PERSONALES:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

EMAIL: _____

TELÉFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ TIPO DE SANGRE: _____

RELIGIÓN: _____

NECESIDADES ESPECIALES PARA IMPEDIMENTO FÍSICO/DIFICULTAD DE MOVILIDAD:

Tengo Impedimento físico (especifique): _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Necesito una grúa de transferencia para pacientes | <input type="checkbox"/> Utilizo silla de ruedas motorizada o escúter |
| <input type="checkbox"/> Utilizo tecnología asistiva | <input type="checkbox"/> Necesito mi comunicador |
| <input type="checkbox"/> Utilizo un bastón, andador o muletas | <input type="checkbox"/> Soy ciego parcial |
| <input type="checkbox"/> Soy sordo | <input type="checkbox"/> Leo Braille |
| <input type="checkbox"/> Soy sordo parcial | <input type="checkbox"/> Necesito espejuelos |
| <input type="checkbox"/> Entiendo labio lectura | <input type="checkbox"/> Soy sensitivo a las ondas magnéticas |
| <input type="checkbox"/> Necesito un intérprete de lenguaje de señas | <input type="checkbox"/> Soy sensitivo a los químicos |
| <input type="checkbox"/> Soy claustrofóbico | <input type="checkbox"/> Padezco de problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Tengo problemas de memoria | <input type="checkbox"/> Padezco de alergias |
| <input type="checkbox"/> Necesito ayuda con los medicamentos | <input type="checkbox"/> Necesito EpiPen |
| <input type="checkbox"/> Necesito un asistente personal | <input type="checkbox"/> Soy ciego |
| <input type="checkbox"/> Utilizo una silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Necesito mi inhalador |
| | <input type="checkbox"/> Tiendo a ahogarme |

INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRIMARIO:

Nombre del Médico: _____

Teléfono: _____

Hospital de preferencia: _____

Ubicación(es) de información del Poder Legal de Cuidado de Salud o del Testamento en Vida: _____

Un **Poder Legal de Cuidado de Salud** es un documento legal que permite a una persona designada por usted a tomar decisiones sobre su cuidado médico en el caso de usted no poder tomar sus decisiones. Este proceso se debe llevar a cabo antes de cualquier enfermedad para que pueda escoger una persona de su confianza.

Un **Testamento en Vida** es un documento legal que puede utilizar para explicar lo que quiere y lo que no quiere. Explica que tipo de tratamiento médico y medidas para salvar su vida quiere que se lleven a cabo o las que prefiere que no se hagan.

PLAN MÉDICO

Proveedor de su plan médico: _____

Número de póliza: _____

Teléfono: _____

Proveedor secundario de plan médico: _____

Número de póliza: _____

Teléfono: _____

Número de Medicaid: _____

Número de Medicare: _____

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Persona contacto en caso de una emergencia: _____

Teléfono: _____

Persona contacto en caso de emergencia que viva en un lugar distante al suyo:

Teléfono: _____

Proveedor de equipo médico duradero: _____

Teléfono: _____

Lugar de encuentro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono: _____

MEDICAMENTOS

Medicamentos: _____

Dosis

Frecuencia de uso

Horarios

Farmacia: _____

CONDICIONES MÉDICAS

Enumere condiciones médicas:

Alergias:

Operaciones recientes con su fecha: