

Información personal

Nombre

Dirección

Teléfono

En caso de emergencia

Teléfono

Médico

Teléfono

Farmacia

Teléfono

Alergias

Plan de salud

de identificación

Tipo de sangre

Condiciones especiales de salud:

Acepta transfusiones de sangre:

Sí No

Donante de órganos: Sí No

Testamento en vida: Sí No

MONITOR *de medicamentos*



**Florida Patient
Safety Corporation**

Para conocer más, visítenos a
www.floridapatientssafetycorp.com

MONITOR *de medicamentos*

Medicamento	Dosis (<i>momento de tomarlo, cómo y porqué tomarlo</i>)	Fecha de comienzo	Fecha de terminar	Número para renovar la receta
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				