INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre **Fecha de nacimiento**

Dirección

Nombre/teléfono de persona de contacto de emergencia

Nombre/teléfono del médico

Farmacia/teléfono

Anote todas las medicaciones, incluya suplementos a base de hierbas y vitaminas:

Medicación/ Suplemento	Dosis	Frecuencia

DANA-FARBER/BRIGHAM AND WOMEN'S CANCERCENTER

DANA-FARBER/PARTNERS CANCERCARE

MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL · DANA-FARBER CANCER INSTITUTE · BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL

Alergias y reacciones a la medicación

Otra información de salud importante

Otros médicos y especialistas

Traiga esta tarjeta a sus citas médicas y al hospital. Guarde copias donde otros puedan encontrarlas en caso de emergencia: en su billetera o cartera y en la guantera de su coche.

Revisado, julio de 2005