

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Persona a llamar en una emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

PRESTE ATENCIÓN: *este documento es útil como recurso de referencia rápida en caso de una emergencia. Guarde este documento donde lo pueda encontrar fácilmente. Informe a otras personas importantes sobre donde guarda este documento (por ejemplo, parientes, vecinos, amigos cercanos, empleados domésticos).*

1. En caso de una **emergencia médica grave** debe llamar por teléfono a su **médico** de inmediato. Si no puede localizar al médico y según su juicio la condición amerita la evaluación e intervención de un profesional médico, se debe llevar al paciente a la sala de emergencias de un hospital. Lo mejor es decidir junto con su médico y por anticipado a qué sala de emergencias piensa acudir según la ubicación antes de llamar al 911.

Nombre del médico: _____ Sala de emergencias del hospital.: _____

Teléfono _____ Fax: _____

2. **Servicio médico de emergencias (E.M.S., por sus siglas en inglés)** - el número es "911". La operadora que conteste esta llamada le pedirá la información necesaria.

Debe dar la **dirección correcta** de una manera **que se pueda entender**.

(El número "911" además es el número al que debe llamar en caso de que necesite notificar al Departamento de Bomberos o la Policía).

3. Mantenga una lista de todas las **MEDICINAS** que toma junto con este documento. Asegúrese de **poner al corriente** la lista siempre que haya cambios en su régimen de medicamentos para que esta siempre sea precisa y esté al corriente.

Alergias a medicamentos:

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

4. Nombre de pariente cercano: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

5. Nombre de vecino o pariente cercano: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Instrucciones especiales (acerca de medicinas, condiciones médicas, tratamientos, etc.) del enfermero o terapeuta

Alergias a medicamentos:

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

4. Nombre de pariente cercano: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

5. Nombre de vecino o pariente cercano: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Instrucciones especiales (acerca de medicinas, condiciones médicas, tratamientos, etc.) del enfermero o terapeuta

Se le explicó una copia de este documento al paciente o a su familia y se le entregó en el domicilio del paciente el