INFORMACIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA

Coloque esta tarjeta en su refrigerador

FECHA

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE Y TELEFONO DE SU DOCTOR:

1.
2.
3.

NOMBRE Y TELEFONO DE SUS CONTACTOS:

1.
2.
3.

CIRUGIAS

UBICACION DE LA DIRECTIVA AVANZADA

DNR & POLST requieren formularios adicionales. Cuales formas tiene?

☐ **DNR -** ***No resucitar***

☐ **POLST -** ***Tramiento de soporte vital***

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

CONDICIONES MEDICAS (Seleccione las condiciones que se apliquen)

- ☐ No condiciones medicas
- ☐ Asma / COPD
- ☐ Desorden sangrante
- ☐ Diabetes / Dependiente de insulina
- ☐ Problemas de el corazon
- ☐ Hipertension
- ☐ Derrame Cereblar
- ☐ Convulsiones
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

ALLERGIAS SEVERAS & REACCIONES CON MEDICAMENTOS

- ☐ No alergias or reacciones conocidas
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Proporcione más detalles sobre las condiciones médicas u otra información que el personal de emergencia debe saber:

Bend Fire & Rescue
1212 SW Simpson Ave
Bend, OR 97702

Postage

INFORMACION DE EMERGENCIA MEDICA