Mi InformaciÓN de Salud

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ C.P. _____

Núm. de Seg. Soc. _____

Fecha de nacimiento _____ Hombre ❑ Mujer ❑

Tipo sanguineo _____

Última vacuna contra Tétanos _____

Contacto de Emergencia

Nombre Código de Area + Teléfono

_____

_____

Médico de Contacto

Nombre Especialidad Código de Area + Teléfono

_____

_____

_____

Mi Farmacia

_____

Padecimientos de Salud

❑ Angina de Pecho
❑ Anemia
❑ Artritis
❑ Asma
❑ Cáncer
❑ Problemas Cardíacos
❑ Hepatopatia
❑ Parkinson's
❑ Úlceras
❑ Hepatitis
❑ VIH
❑ Lupus
❑ Lactancia
❑ Diabetes
❑ Hemofilia
❑ Alta Presíon Arterial
❑ Neumopatia
❑ Embarazo
❑ Fumador
❑ Enfermedad de Riñón
❑ Otro

Medicamentos Actuales, Vitaminas y Suplementos Naturistas

Nombre Dosis #/Dia

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Historia Medica Familiar

❑ Cáncer ❑ Problemas cardíacos ❑ Diabetes

Otro _____

Alergias y Reacciones a Medicamentos

❑ Ninguna Conocida
❑ Aspirina
❑ Cefalosporina *(Ceclor, Keflex, etc.)*
❑ Eritromicina
❑ Penicilina
❑ Sulfas
❑ Tetraciclina
❑ Xanthin *(Teofilina)*
❑ Otra

En caso de una emergencia, yo prefiero ir a:

The Valley Health System℠

❑ **Centennial Hills Hospital Medical Center**
6900 North Durango Dr.

❑ **Desert Springs Hospital Medical Center**
2075 E. Flamingo Rd.

❑ **Spring Valley Hospital Medical Center**
5400 S. Rainbow Blvd.

❑ **Summerlin Hospital Medical Center**
657 Town Center Dr.

❑ **Valley Hospital Medical Center**
620 Shadow Ln.