

## 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

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.**

DANA-FARBER/BRIGHAM AND WOMEN'S  
CANCERCENTER

Revisado, julio de 2005

DANA-FARBER/PARTNERS CANCERCARE

