

# TARJETA DATOS MÉDICOS PARA BILLETERA



NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Llene ambos lados de esta tarjeta utilizando un lápiz. Actualice la información cada seis meses. Mantenga la información en su billetera o cartera en todo momento y una copia en su mochila de emergencia.

## DATOS PERSONALES:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_

RELIGIÓN: \_\_\_\_\_

## NECESIDADES ESPECIALES PARA IMPEDIMENTO FÍSICO/DIFICULTAD DE MOVILIDAD:

Tengo Impedimento físico (especifique): \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Necesito una grúa de transferencia para pacientes | <input type="checkbox"/> Utilizo silla de ruedas motorizada o escúter |
| <input type="checkbox"/> Utilizo tecnología asistiva                       | <input type="checkbox"/> Necesito mi comunicador                      |
| <input type="checkbox"/> Utilizo un bastón, andador o muletas              | <input type="checkbox"/> Soy ciego parcial                            |
| <input type="checkbox"/> Soy sordo   | <input type="checkbox"/> Leo Braille                                  |
| <input type="checkbox"/> Soy sordo parcial                                 | <input type="checkbox"/> Necesito espejuelos                          |
| <input type="checkbox"/> Entiendo labio lectura                            | <input type="checkbox"/> Soy sensitivo a las ondas magnéticas         |
| <input type="checkbox"/> Necesito un intérprete de lenguaje de señas       | <input type="checkbox"/> Soy sensitivo a los químicos                 |
| <input type="checkbox"/> Soy claustrofóbico                                | <input type="checkbox"/> Padezco de problemas respiratorios           |
| <input type="checkbox"/> Tengo problemas de memoria                        | <input type="checkbox"/> Padezco de alergias                          |
| <input type="checkbox"/> Necesito ayuda con los medicamentos               | <input type="checkbox"/> Necesito EpiPen                              |
| <input type="checkbox"/> Necesito un asistente personal                    | <input type="checkbox"/> Soy ciego                                    |
| <input type="checkbox"/> Utilizo una silla de ruedas manual                | <input type="checkbox"/> Necesito mi inhalador                        |
|  | <input type="checkbox"/> Tiendo a ahogarme                            |

## INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRIMARIO:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_

Ubicación(es) de información del Poder Legal de Cuidado de Salud o del Testamento en Vida: \_\_\_\_\_

Un **Poder Legal de Cuidado de Salud** es un documento legal que permite a una persona designada por usted a tomar decisiones sobre su cuidado médico en el caso de usted no poder tomar sus decisiones. Este proceso se debe llevar a cabo antes de cualquier enfermedad para que pueda escoger una persona de su confianza.

Un **Testamento en Vida** es un documento legal que puede utilizar para explicar lo que quiere y lo que no quiere. Explica que tipo de tratamiento médico y medidas para salvar su vida quiere que se lleven a cabo o las que prefiere que no se hagan.

**PLAN MÉDICO**

**Proveedor de su plan médico:** \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Proveedor secundario de plan médico:** \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

**CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA**

Persona contacto en caso de una emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Persona contacto en caso de emergencia que viva en un lugar distante al suyo:

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor de equipo médico duradero: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar de encuentro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Dosis	Frecuencia de uso	Horarios
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Farmacia: \_\_\_\_\_

**CONDICIONES MÉDICAS**

Enumere condiciones médicas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Operaciones recientes con su fecha:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_