

Tarjeta de información de emergencia

Última actualización: _____

Llénela a mano. Guarde copias en el refrigerador, en la bolsa de emergencia y con un contacto de respaldo. Actualícela si algo cambia.

SOBRE ESTA PERSONA

Nombre completo: _____ Nombre que prefiere: _____

Fecha de nacimiento: _____ Idioma que habla: _____

Dirección: _____



A QUIÉN LLAMAR

Cuidador principal: _____

Teléfono: _____

Respaldo 1 (nombre, parentesco): _____

Teléfono: _____

Respaldo 2 (nombre, parentesco): _____

Teléfono: _____

DIAGNÓSTICOS / CONDICIONES

EQUIPO DE CUIDADO

Médico principal: _____

Teléfono: _____

Farmacia y teléfono: _____

Hospital preferido: _____

Compañía de seguro médico: _____

Teléfono del seguro: _____

ALERGIAS (medicamentos, alimentos, látex, otras)

MEDICAMENTOS ACTUALES	Dosis	Cuándo (hora del día / con qué frecuencia)

Si hace falta, adjunte otra lista de medicamentos. Escriba la fecha en cada hoja adjunta.

APARATOS Y MOVILIDAD (andadera, audífonos, oxígeno...)

CONSEJOS PARA COMUNICARSE

La mejor manera de hablarle: _____

Lo que le ayuda a calmarse: _____

Lo que le puede alterar: _____

DIRECTIVAS ANTICIPADAS / DNR - se guardan en:

Representante médico y teléfono: _____

DNR = orden de no resucitar. Esta tarjeta no reemplaza los documentos originales.

✂ Recorte y guarde en la cartera

EN UNA EMERGENCIA

Nombre: _____

Llamar a (nombre y teléfono): _____

Alergias: _____

Condición principal: _____

Gratis para imprimir y compartir. De Lighthouse by Dragonfly, una app para iPhone que organiza la información de cuidado, los medicamentos y las citas. lighthousebydragonfly.com



Más herramientas gratuitas para cuidadores