

Su información personal

Su nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Teléfono: _____

Compañía de seguro médico: _____

N.º de ID: _____ N.º de grupo: _____

Su idioma principal o forma de comunicarse: _____

Sus contactos de emergencia

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Instrucciones especiales

Instrucciones especiales de seguridad, planes de crisis o número de teléfono de la línea directa: _____

Condiciones especiales, desafíos de tratamiento, hallazgos inusuales o necesidad de usar equipo médico o duradero (tipo y tamaño):

Su diagnóstico

Diagnóstico principal: _____

¿Otro diagnóstico o lesiones importantes? _____

Condiciones/comentarios especiales: _____

Alergias (Incluya medicamentos, comida, medio ambiente, contacto u otros. Describa lo que sucede.): _____

Sus médicos

Nombre de su médico principal: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Hospital preferido: _____

Nombre de la farmacia: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Hospital de especialidad: _____

Otros proveedores de atención médica (por ejemplo, especialistas, dentistas, terapeutas, etc.)

Nombre del proveedor: _____

Tipo: _____ Teléfono: _____

Nombre del proveedor: _____

Tipo: _____ Teléfono: _____

Nombre del proveedor: _____

Tipo: _____ Teléfono: _____

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Más información: _____

Familiares, tutores u otras personas autorizadas a hablar sobre su información médica con su médico. (Si tiene 18 años o más, inclúyalos en el formulario de privacidad de la HIPAA que le da su médico).

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

H.I. Doc



Mantenga su tarjeta actualizada. Para obtener una nueva tarjeta, visite el sitio web del Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York (NYS Department of Health): health.ny.gov/community/special_needs/#

El propósito de esta tarjeta es ayudar a los padres de niños con discapacidades y personas con discapacidades a organizar su información médica. 19517 (Spanish) 10/21