



INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre: _____

Hombre: _____ Mujer: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____

Color de cabello: _____ Color de ojos: _____ Tipo de sangre: _____ Religión: _____

Idioma principal: _____ Otro(s) idioma(s): _____

☐ Anteojos ☐ Lentes de contacto ☐ Dentadura postiza / puente

Audífono: ☐ Izq. ☐ Der. Sordera: ☐ Izq. ☐ Der.

Ceguera: ☐ Izq. ☐ Der. Ojo artificial: ☐ Izq. ☐ Der.

Extremidades artificiales o prótesis: _____

Modelo de marcapasos #: _____ Modelo de desfibrilador #: _____

Señas particulares (lunares, tatuajes, etc.): _____

Presión arterial normal: _____ / _____ ¿Fuma? _____

HISTORIAL MÉDICO

Marque las condiciones por las que ha recibido tratamiento:

☐ Alergias	☐ Presión arterial	☐ Epilepsia	☐ Insulina	☐ Derrame cerebral
☐ Anemia	☐ Cáncer	☐ Glaucoma	☐ Ictericia	☐ Tuberculosis
☐ Artritis	☐ Demencia	☐ Fiebre del heno	☐ Enf. de Parkinson	
☐ Asma	☐ Diabetes	☐ Afección cardíaca	☐ Sinusitis	

INFORMACIÓN DEL HOSPITAL

Hospital de preferencia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Última hospitalización: _____ Hospital: _____

Fecha: _____ Tratado por: _____

☐ Testamento ed vida Si respondió sí, ubicación: _____

☐ Orden de no resucitar (DNR) Ubicación: _____ Donante de órganos: _____

COBERTURA DE SEGURO MÉDICO

Medicare #: _____ Medicaid #: _____

Otra póliza #: _____



¿Necesita otra copia? Descárguela en www.ccmhia.com/medical-services/emergency o llame al Departamento de Emergencias de CCMH al 712-265-2500



ASEGÚRESE DE COMPLETAR EL REVERSO

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Teléfono: _____ Relación: _____
Nombre: _____

En caso de emergencia, notifique:

INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Teléfono: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Calle: _____

Nombre: _____
Fecha de finalización: _____ Actualizado: _____



DOBLE AQUÍ - COLOQUE EN EL REFRIGERADOR - DOBLE AQUÍ

INFORMACIÓN MÉDICA ACTUAL

Nombre del médico: _____ Teléfono #: _____
Nombre del médico: _____ Teléfono #: _____
Actualmente recibe tratamiento por: _____

Medicamentos actuales:

Medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia?	¿Para tratar qué condición?	¿Dónde se encuentra en su hogar?

* Adjunte y ponga la fecha en una hoja separada para medicamentos adicionales o para registrar cambios.

Alergias a medicamentos: _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono #: _____