Traiga consigo la lista de medicamentos y las tarjetas de los seguros médicos cuando vaya a citas médicas y al hospital

MI LISTA DE MEDICAMENTOS Y DE EMERGENCIAS MÉDICAS
Facilitada por SALEM HOSPITAL REGIONAL HEALTH SERVICES

Condiciones para las cuales estoy recibiendo tratamiento:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

En caso de una emergencia marcar el 911

SALEM HOSPITAL
REGIONAL HEALTH SERVICES

665 Winter Street SE
Salem, OR 97309
(503) 561-5200

Alergias y susceptibilidades (Incluya el tipo de reacción):

_____
_____
_____
_____
_____

Fechas de las últimas vacunas:

Tétano_____
Gripe_____
Neumonía_____
Seguro Médico:_____
Número de la póliza:_____

Tiene usted:
Directivas Anticipadas (Testamento en vida) ❑ **Sí** ❑ **No**
¿Dónde está archivado?_____
¿Ha llenado una tarjeta de donante? ❑ **Sí** ❑ **No**

_____
Nombre

_____
Dirección

_____
Teléfono

_____
Médico

_____
Teléfono

_____
Farmacia

_____
Teléfono

En caso de una emergencia, favor de llamar a (amigo o pariente):

_____

Medicinas (recetadas, sin receta médica, y/o herbales) Tomo regularmente o cuando es necesario (tache lo que dejó de tomar):

FECHA	NOMBRE DE LA MEDICINA	FUERZA (mg, mEq, etc.)	INSTRUCCIONES/¿PARA QUÉ ES?
Ejemplo	*Lanoxin*	**0.25 mg.**	*Una vez al día (corazón)*