

Si alguien encuentra este documento, favor de contactar a su dueño

Mantén esta información al día. Revisa cada seis (6) meses.
Fecha de revisión _____ mes _____ año

infoVIDA

HIMA-San Pablo 787-653-6060
Hospitales

Personas contacto EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Líder comunitario

Nombre: _____

Teléfono: _____

Plan Médico: _____

Médico primario: _____

Teléfono: _____

Pueblo: _____

Urbanización/barrio: _____

Año de nacimiento: _____ Edad: _____

[] Masculino [] Femenino

NOMBRE COMPLETO DE PACIENTE: _____

MEDICAMENTO Y DOSIS	FRECUENCIA
_____ mg	
_____ mg	
_____ mg	
_____ mg	
_____ mg	
_____ mg	
_____ mg	
_____ mg	
_____ mg	
_____ mg	

CONDICIÓN DE SALUD

Enfermedades: _____

Cirugía reciente: _____

Fecha: _____ mes _____ año Tipo de Sangre: _____

Alergias: _____

Artefactos artificiales: [] marcapasos [] prótesis

[] otro: _____

Directrices anticipadas*: [] **DNR** (directriz de **NO resucitar**)

[] **DNI** (directriz de **NO entubar**) [] **Rechazo a transfusión**

*Este documento debe estar acompañado por el formulario de la directriz **notarizado**. Puedes encontrar estos formularios accediendo: <https://himasanpablo.com/pacientes-y-visitantes/>

Para copias adicionales de esta forma o para mayor información sobre como obtener una tarjeta electrónica con estos datos, puedes acceder a nuestra página web **himasanpablo.com** o llamar al **787-653-6060**.

La tarjeta infoVIDA provee acceso rápido y fácil a tu información de salud para propósito de atención médica. Esta información es sensible y confidencial. Al usar el documento de infoVida, estás tomando un paso a favor de estar preparado para proteger tu salud en un desastre, pero solo tú eres responsable de protegerla de exposición o pérdida.