

## Información para tener a la mano

### Personal

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre de su contacto para emergencias \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Número de teléfono de su contacto para emergencias \_\_\_\_\_

Alergias (a medicamentos, a comida, al medio ambiente, y los síntomas que causan)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Idioma preferido \_\_\_\_\_

Necesidades culturales \_\_\_\_\_

Anteojos  Sí  No Aparato auditivo  Sí  No

Necesidades nutricionales especiales

\_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Tipo de sangre \_\_\_\_\_

### Seguro de salud:

Seguro principal: \_\_\_\_\_

Nombre

Número de póliza

Número de grupo

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_

Nombre

Número de póliza

Número de grupo

Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Información sobre la información que puede ser compartida**

¿Qué familiares, tutores u otras personas pueden discutir su información médica con su médico? Si tiene 18 años o más, inclúyalos en su formulario de privacidad HIPAA.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Tipo de cuidado	Nombre del proveedor	Información del contacto
Cuidado primario		
Cuidado dental		
Cuidado de los ojos		
Especialista		
Equipo de cuidado del ID		
Trabajador(a) de caso/trabajador(a) social		

**Medicamentos actuales**

Nombre de la medicina	Motivo	Cantidad (dosis) y frecuencia	Doctor/proveedor que recetó la medicina

Nombre de su farmacia \_\_\_\_\_

Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia \_\_\_\_\_

Pídale a su equipo de atención primaria una lista de sus vacunas actuales y adjúntela a este documento.