

TARJETA DE EMERGENCIA

Completa los datos solicitados para que les sean útiles a las personas que podrían atenderte en un caso de emergencia.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias: _____ Tipo de sangre: _____

Padecimientos crónicos: _____

Medicamentos indicados: _____

Servicio Médico: (Privado) (IMSS) _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____