Tarjetas de información médica

Recorta, dobla y guarda una en la cartera y otra en el refrigerador

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Grupo sanguíneo: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Padecimientos: _____

En emergencia llamar a: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Grupo sanguíneo: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Padecimientos: _____

En emergencia llamar a: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Grupo sanguíneo: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Padecimientos: _____

En emergencia llamar a: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Grupo sanguíneo: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Padecimientos: _____

En emergencia llamar a: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Grupo sanguíneo: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Padecimientos: _____

En emergencia llamar a: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____

Grupo sanguíneo: _____

Alergias: _____

Medicamentos: _____

Padecimientos: _____

En emergencia llamar a: _____

Teléfono: _____