Datos médicos de la familia

Información de salud de cada integrante a la mano

Integrante 1

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Tipo de sangre _____

Alergias _____

_____

Medicamentos _____

_____

Médico _____

Tel. del médico _____

Seguro médico _____

Integrante 2

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Tipo de sangre _____

Alergias _____

_____

Medicamentos _____

_____

Médico _____

Tel. del médico _____

Seguro médico _____

Integrante 3

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Tipo de sangre _____

Alergias _____

_____

Medicamentos _____

_____

Médico _____

Tel. del médico _____

Seguro médico _____

Integrante 4

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Tipo de sangre _____

Alergias _____

_____

Medicamentos _____

_____

Médico _____

Tel. del médico _____

Seguro médico _____