



Mi información importante

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Recibo tratamiento para: _____

Información del tratamiento

Médico: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Enfermero de diálisis: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Centro de diálisis: _____ Número de teléfono: _____

Detalles del tratamiento de diálisis: _____

Medicamentos actuales: _____

Alergias: _____

Información médica adicional: _____

En caso de emergencia

Contacto de emergencia primario

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Relación: _____

Contacto de emergencia secundario

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Relación: _____

Trabajador social

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____