

# Información de Emergencia Familiar

Llene una hoja para cada miembro de la familia

Nombre

Fecha de Nacimiento

Adulto

Niño(a)

Número de teléfono principal

Número de teléfono alternativo

Dirección

Nombre y dirección del trabajo (o escuela)

Nombre del médico o médicos y número de teléfono

Información del seguro médico (Número de póliza y grupo):

Nombre, número y dirección de la farmacia:

Incluya en la lista cada medicamento que tome la persona:

**Nombre del medicamento**

**¿Para qué es la medicina?**

**¿Le recetó un médico este medicamento?**

**Instrucciones del medicamento**

Otra información importante: ¿Hay algo más que alguien necesite que saber para ayudar a su familia?