

## Herramienta de contactos de emergencia (Ejemplo)

**Nombre:** Antonio Lopez

### Primer contacto

NOMBRE: Elena Lopez			
NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR: (123) 569-8560		NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL: (123) 745-7564	
NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: (123) 456-9709		NÚMERO DE LOCALIZADOR: (123) 456-8763	
RELACIÓN CON USTED: <input checked="" type="checkbox"/> cónyuge/pareja de hecho <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> otro (especifique): _____			
DIRECCIÓN PARTICULAR: 4569 Congress Avenue			
CIUDAD: Houston	ESTADO: Texas	CÓDIGO POSTAL: 12345	PAÍS: EE. UU.
INFORMACIÓN ADICIONAL: Trabaja de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.			

### Segundo contacto: (en caso de que el primero no responda)



NOMBRE: Carlos Lopez			
NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR: (123) 569-8560		NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL: (123) 745-7564	
NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: (123) 456-9709		NÚMERO DE LOCALIZADOR: (123) 456-8763	
RELACIÓN CON USTED: <input type="checkbox"/> cónyuge/pareja de hecho <input checked="" type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> padre/madre <input checked="" type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> otro (especifique): _____			
DIRECCIÓN PARTICULAR: 489 Austin Avenue			
CIUDAD: Houston	ESTADO: Texas	CÓDIGO POSTAL: 12345	PAÍS: EE. UU.
INFORMACIÓN ADICIONAL: Trabaja de miércoles a domingos de 5:00 p.m. a 1:00 a.m.			

**Seguro:**




COMPAÑÍA DE SEGUROS: Blue Cross Blue Shield of Texas	
NÚMERO DE PÓLIZA: 12345678	NÚMERO DE GRUPO: 0000
INFORMACIÓN ADICIONAL (número de teléfono, dirección, etc.)	

COMPAÑÍA DE SEGUROS: Medicaid	
NÚMERO DE PÓLIZA: 12345678	NÚMERO DE GRUPO: 0000
INFORMACIÓN ADICIONAL (número de teléfono, dirección, etc.)	

**Hospital:**

HOSPITAL: Houston Medical Center	
	DIRECCIÓN: 120 Broad Street Houston, Texas 12345
	NÚMERO DE TELÉFONO: (123) 456-7890

**Médico:**

NOMBRE DEL MÉDICO:			
NOMBRE DE LA ENFERMERA:			
	DIRECCIÓN		
	NÚMERO DE TELÉFONO:		NÚMERO DE FAX:

## Herramienta de contactos de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_

### Primer contacto

NOMBRE:			
NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR:		NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL:	
NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR:		NÚMERO DE LOCALIZADOR:	
RELACIÓN CON USTED: <input type="checkbox"/> cónyuge/pareja de hecho <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> otro (especifique): _____			
DIRECCIÓN PARTICULAR:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	PAÍS:
INFORMACIÓN ADICIONAL:			

### Segundo contacto: (en caso de que el primero no responda)



NOMBRE:			
NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR:		NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL:	
NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR:		NÚMERO DE LOCALIZADOR:	
RELACIÓN CON USTED: <input type="checkbox"/> cónyuge/pareja de hecho <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> otro (especifique): _____			
DIRECCIÓN PARTICULAR:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	PAÍS:
INFORMACIÓN ADICIONAL:			

**Seguro:**




COMPAÑÍA DE SEGUROS:	
NÚMERO DE PÓLIZA:	NÚMERO DE GRUPO:
INFORMACIÓN ADICIONAL (número de teléfono, dirección, etc.)	

COMPAÑÍA DE SEGUROS:	
NÚMERO DE PÓLIZA:	NÚMERO DE GRUPO:
INFORMACIÓN ADICIONAL (número de teléfono, dirección, etc.)	

**Hospital:**

HOSPITAL:	
	DIRECCIÓN:
	NÚMERO DE TELÉFONO:

**Médico:**

NOMBRE DEL MÉDICO:			
NOMBRE DE LA ENFERMERA:			
	DIRECCIÓN		
	NÚMERO DE TELÉFONO:		NÚMERO DE FAX:



# HERRAMIENTAS DE MEDICACIÓN

**CARMEN**, Sobreviviente de Cáncer