

# En Caso de Emergencia

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

<i>Información sobre el Niño(a)</i>																	
Nombre:		Apodo:															
Fecha de Nacimiento:	Idioma / Tipo de Comunicación:																
Dirección:																	
Padres / Tutores:		Relación:															
		Teléfono en Casa: Otros Teléfonos:															
Diagnostico:																	
<table border="1"><thead><tr><th>Medicinas</th><th>Dosis</th><th>Hora</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>			Medicinas	Dosis	Hora												
Medicinas	Dosis	Hora															
Alergias:																	
Contacto en caso de Emergencia:		Relación:															
		Teléfono:															
<i>Información sobre el Medico</i>																	
Medico General:		Teléfono:															
		Fax:															
Especialista:		Teléfono:															
		Fax:															
Especialista:		Teléfono:															
		Fax:															
Seguro Medico:																	
<i>Información sobre el Hospital</i>																	
Nombre:		Teléfono:															
Dirección:		Emergencias:															
<i>Información sobre la Farmacia</i>																	
Nombre:		Teléfono:															
Dirección:																	
<i>Otra Información</i>																	
Lo mas importante sobre mi niño(a) en caso de una emergencia:																	



Seattle Children's  
HOSPITAL • RESEARCH • FOUNDATION

Center for Children  
with Special Needs  
www.cshcn.org

Para obtener copias adicionales de esta forma visite: <http://www.cshcn.org>



Center  
2011