



TARJETA DE DATOS DE SALUD

FECHA DE ÚLTIMO CAMBIO: _____
(USAR LÁPIZ)

Lleve esta tarjeta a todas las visitas al médico,
al hospital y a la farmacia

Para nuevas órdenes:
www.qchealthinitiative.org

Nombre: _____ Sexo: M F

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: __/__/__ Altura: _____ Peso: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Relación: _____ Teléfono laboral: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Relación: _____ Teléfono laboral: _____

DATOS MÉDICOS

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: mes _____ año _____

Doctor: _____ Teléfono: _____

Doctor: _____ Teléfono: _____

Preferencia de hospital: _____

Directiva anticipada: _____ Sí _____ No

Archivada en: _____

Cirugía reciente: _____ Fecha: _____

VACUNAS

Tétanos: __/__/__ Neumonía: __/__/__

Influenza: __/__/__ Otra: _____ __/__/__

PROBLEMAS MÉDICOS. Marcar todos los que existan

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ningún problema médico conocido | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Bajo nivel de azúcar en sangre |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Injerto de bypass coronario | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Otros factores de riesgo |

ALERGIAS

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos | <input type="checkbox"/> Mariscos |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Lidocaína | <input type="checkbox"/> Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Demerol | <input type="checkbox"/> Morfina | <input type="checkbox"/> Colorantes de rayos x |
| <input type="checkbox"/> Tétanos | <input type="checkbox"/> Novocaína | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> Ambiental: | <input type="checkbox"/> Yodo | |
| _____ | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Ninguna alergia |

MEDICAMENTOS AL DORSO

Nombre y dosis de la medicación	Veces/día	Fecha de inicio	¿Para qué es?	Médico que la prescribe	Farmacia y teléfono

Fecha del último cambio: _____ **ASEGÚRESE DE TACHAR LOS MEDICAMENTOS DISCONTINUADOS.**

Enumere todos los medicamentos que está tomando, incluidos los de hierbas y los fármacos de venta libre. Tache los medicamentos discontinuados. Use una página adicional si es necesario.