

Para su seguridad, tome un papel activo en su cuidado médico

- Haga preguntas
- Asegúrese que comprende las respuestas.
- Obtenga los resultados de los exámenes
- Traiga con usted el pasaporte de salud cuando vea a su médico

Enumere las condiciones médicas/cirugías e historia familiar

Testamento en vida

Si No

Sustituto designado para cuidados médicos

Si No

Nombre _____

Vacuna de neumonía Fecha _____

Vacuna de influenza

Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____

Su nombre

Dirección

Teléfono

Nombre de contacto de emergencia

Teléfono

Médico

Teléfono

Médico

Teléfono

Rev. 05/05 Form #3516

Pasaporte de salud



**Baptist Health
South Florida**

www.baptistsalud.net

Favor de enumerar todos los **medicamentos, vitaminas y suplementos de hierbas** vendidos con receta y de venta libre que está tomando. Actualice esta lista según sea necesario y tache los que haya dejado de tomar. Mantenga esta lista consigo y tráigala a todas las citas médicas, hospitalizaciones y visitas a la farmacia.

Nombre del medicamento y dosis	¿Cuántos al día?	Propósito

Antes de tomar algún medicamento, sepa:

- El nombre del medicamento y lo que hace.
- Cómo, cuándo y por cuánto tiempo lo debe tomar
- Lo que debe evitar (alimentos, bebidas, otras medicinas, etcétera) mientras esté tomando el medicamento.
- Los efectos secundarios y lo que debe hacer si ocurren.

Enumere todas las alergias
