



RESUMEN DE SU SALUD PERSONAL

PERSONAL HEALTH SUMMARY

FECHA:
DATE:

INFORMACIÓN PERSONAL PERSONAL INFORMATION

NOMBRE
FIRST NAME

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
MIDDLE I.

APELLIDO
LAST NAME

DIRECCIÓN
STREET ADDRESS

CIUDAD
CITY

ESTADO
STATE

CÓDIGO POSTAL
ZIP CODE

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

NÚMERO DE TELÉFONO
PHONE NUMBER

CORREO ELECTRÓNICO
EMAIL

CONTACTO DE EMERGENCIA EMERGENCY CONTACT

NOMBRE
NAME

RELACIÓN
RELATIONSHIP

NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL
PRIMARY PHONE NUMBER

NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO
SECONDARY PHONE NUMBER

CORREO ELECTRÓNICO
EMAIL

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA PRIMARY CARE PROVIDER

NOMBRE
NAME

NÚMERO DE TELÉFONO
PHONE NUMBER

DIRECCIÓN
STREET ADDRESS

CIUDAD
CITY

ESTADO
STATE

CÓDIGO POSTAL
ZIP CODE

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA PHARMACY INFORMATION

NOMBRE DE LA FARMACIA
PHARMACY NAME

NÚMERO DE TELÉFONO
PHONE NUMBER

DIRECCIÓN
STREET ADDRESS

CIUDAD
CITY

ESTADO
STATE

CÓDIGO POSTAL
ZIP CODE

NOMBRE DE LA FARMACIA
PHARMACY NAME

NÚMERO DE TELÉFONO
PHONE NUMBER

DIRECCIÓN
STREET ADDRESS

CIUDAD
CITY

ESTADO
STATE

CÓDIGO POSTAL
ZIP CODE

SEGURO MÉDICO HEALTH INSURANCE

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL
PRIMARY INSURANCE NAME

N.º DE IDENTIFICACIÓN
ID #

N.º DE PCN
PCN #

N.º DE GRUPO
GROUP #

N.º DE BIN
BIN #

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO
SECONDARY INSURANCE NAME

N.º DE IDENTIFICACIÓN
ID #

N.º DE PCN
PCN #

N.º DE GRUPO
GROUP #

N.º DE BIN
BIN #

MEDICAMENTOS, VITAMINAS, SUPLEMENTOS Y PRODUCTOS HERBARIOS

MEDICATIONS, VITAMINS, SUPPLEMENTS AND HERBALS

NOMBRE
NAME

CANTIDAD Y FRECUENCIA
HOW MUCH AND HOW OFTEN

HISTORIAL MÉDICO MEDICAL HISTORY

ALERGIAS A MEDICAMENTOS ALLERGIES TO MEDICATION

Tiene recetada EpiPen
EpiPen is prescribed