

CUIDADOR PRINCIPAL

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO M F
---------------	----------------------------	-----------------------------

RELACIÓN CON LA PERSONA BAJO CUIDADO

DIRECCIÓN DEL HOGAR

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO 1 (CASA)	NÚMERO DE TELÉFONO 2 (CELULAR)	

CORREO ELECTRÓNICO

EMPLEADOR/LUGAR DE TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL
-----------------------------------	-----------------------------------

DIRECCIÓN DEL TRABAJO

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
---------------	---------------	----------------------

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS (SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA)

NOMBRE

RELACIÓN CON LA PERSONA BAJO CUIDADO

DIRECCIÓN DEL HOGAR

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

NOTAS

PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		GÉNERO M F
DIRECCIÓN DEL HOGAR		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO 1 (CASA)	NÚMERO DE TELÉFONO 2 (CELULAR)	
CORREO ELECTRÓNICO		
EMPLEADOR/LUGAR DE TRABAJO		NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL
DIRECCIÓN LABORAL		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

EMPRESA DE SEGURO MÉDICO

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR TITULAR

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR

NÚMERO DE GRUPO (GROUP NUMBER)

NÚMERO DE LA PÓLIZA (POLICY NUMBER)

RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR TITULAR

SEGURO DENTAL

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR TITULAR

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR

NÚMERO DE GRUPO (GROUP NUMBER)

NÚMERO DE LA PÓLIZA (POLICY NUMBER)

RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR TITULAR

NOTAS

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

MÉDICO PRIMARIO

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

FAX

SITIO WEB

CORREO ELECTRÓNICO

REUMATÓLOGO(A)

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO	FAX
---------------------------	------------

SITIO WEB

CORREO ELECTRÓNICO

DERMATÓLOGO(A)

DIRECCIÓN

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
---------------	---------------	----------------------

NÚMERO DE TELÉFONO	FAX
---------------------------	------------

SITIO WEB

CORREO ELECTRÓNICO

OTRO ESPECIALISTA:

DIRECCIÓN

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
---------------	---------------	----------------------

NÚMERO DE TELÉFONO	FAX
---------------------------	------------

SITIO WEB

CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN DEL MÉDICO (continuación)

OTRO ESPECIALISTA

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

FAX

SITIO WEB

CORREO ELECTRÓNICO

OTRO ESPECIALISTA

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO

FAX

SITIO WEB

CORREO ELECTRÓNICO

OTRO ESPECIALISTA

DIRECCIÓN

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
---------------	---------------	----------------------

NÚMERO DE TELÉFONO	FAX
---------------------------	------------

SITIO WEB

CORREO ELECTRÓNICO

OTRO ESPECIALISTA

DIRECCIÓN

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
---------------	---------------	----------------------

NÚMERO DE TELÉFONO	FAX
---------------------------	------------

SITIO WEB

CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

DIRECCIÓN

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
---------------	---------------	----------------------

NÚMERO DE TELÉFONO	FAX
---------------------------	------------

SITIO WEB

CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN DEL HOSPITAL

DIRECCIÓN

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
---------------	---------------	----------------------

NÚMERO DE TELÉFONO	FAX
---------------------------	------------

SITIO WEB

CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO		DOSIS	FRECUENCIA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	NOTAS (PROPÓSITO, MÉDICO QUE LO RECETÓ, ETC.)
MARCA COMERCIAL	NOMBRE GENÉRICO					

PLAN DIARIO DEL CUIDADOR(A)

NOMBRE DEL CUIDADOR(A)

FECHA

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	HORA EN QUE LO ADMINISTRÓ	NOTAS (Reacciones alérgicas, etc.)

DIETA Y NUTRICIÓN

COMIDA	NOTAS / OTRO (Falta de apetito, alergia alimenticia, etc.)

VISITA AL MÉDICO

NOMBRE DEL MÉDICO	MOTIVO DE CONSULTA	c

NOTAS (por ejemplo, planear para la semana, eventos, información importante, etc.)
