

EMERGENCY INFORMATION CARD

Name: _____
DOB (dd/mm/yyyy): _____
Address: _____
Telephone: _____
Employer: _____
Cedula #: _____

Insurance: _____
Contact in USA: _____

Contact in Ecuador: _____

Primary Doctor: _____
Secondary Doctors: _____

Preferred Hospital: _____

Allergies: _____

Religion: _____

Blood Type: _____ Organ Donor: _____

See more on back

INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS MÉDICAS

Nombre Completo: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Empleador: _____
Número de Cédula: _____

Compañía de Seguros: _____
Contacto en USA: _____

Contacto en Ecuador: _____

Medico principal: _____
Medicos secundarios: _____

Hospital de Preferencia: _____

Alergias: _____

Religión: _____

Tipo de Sangre: _____ Donador de Órganos: _____

Siga atrás

