



# 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

