

Mi plan de atención para emergencias

Información sobre mí

Fecha _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Dirección _____

Necesidades de comunicación

Discapacidades, diagnósticos u otras afecciones médicas

Equipo médico

Persona de apoyo

Nombre _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____
Parentesco _____

Instrucciones anticipadas

Firmé un documento de instrucciones anticipadas de atención médica, designé a *un apoderado para asuntos médicos* y le di a esa persona una copia de las instrucciones anticipadas. *Mi apoderado para asuntos médicos es:*

No tengo instrucciones anticipadas de atención médica, pero quiero nombrar a alguien para que sea mi sustituto en la toma de decisiones de atención médica. *Mi sustituto en la toma de decisiones de atención médica es:*

Información adicional en el reverso

Información crítica para tratarme



Mi equipo de atención médica

Nombre e información de contacto de mis proveedores

Medicamentos

Frecuencia/dosis/motivos

Información adicional en el reverso

