

# 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



UNIVERSITY OF DELAWARE  
**CENTER FOR  
DISABILITIES STUDIES**

University of Delaware, College of Education and Human  
Development, 461 Wyoming Road, Newark, DE 19716  
302-831-6974 • 302-831-4689 TDD • [cds.udel.edu](http://cds.udel.edu)



Developmental Disabilities Council, Margaret  
M. O'Neill Building, Suite 2, 410 Federal Street,  
2nd Floor, Dover, DE 19901 • 302-739-3333  
302-739-2015 TDD • [ddc.delaware.gov](http://ddc.delaware.gov)