

Tratamiento médico (para usted, padres ancianos, niños)

Proveedor de atención primaria: _____

Sistema de Salud: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección: _____

Numero Telefonico: _____

Medicamentos enumerados en la tabla? _____

En Proveedor en MyChart? _____

Pulsera médica? _____

Condición: _____

Proveedor de atención primaria: _____

Sistema de Salud: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección: _____

Numero Telefonico: _____

Medicamentos enumerados en la tabla? _____

En Proveedor en MyChart? _____

Pulsera médica? _____

Condición: _____

Proveedor de atención primaria: _____

Sistema de Salud: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección: _____

Numero Telefonico: _____

Medicamentos enumerados en la tabla? _____

En Proveedor en MyChart? _____

Pulsera medica? _____

Condición: _____

Proveedor de atención primaria: _____

Sistema de salud: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección: _____

Numero Telefonico: _____

Medicamentos enumerados en la tabla? _____

En Proveedor en MyChart? _____

Pulsera médica? _____

Condición: _____

Proveedor de atención primaria: _____

Sistema de salud: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección: _____

Numero Telefonico: _____

Medicamentos enumerados en la tabla? _____

En Proveedor en MyChart? _____

Pulsera médica? _____

Condición: _____

Proveedor de atención primaria: _____

Sistema de salud: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección: _____

Numero Telefonico: _____

Medicamentos enumerados en la tabla? _____

En Proveedor en MyChart? _____

Medical Bracelet? _____

Condition: _____