

1

MIS CONTACTOS DE CUIDADO DE SALUD

CONTACTO DE EMERGENCIA #1

Nombre:		Relación:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
# Primario		# Secundario	
Correo electrónico:			

CONTACTO DE EMERGENCIA #2

Nombre:		Relación:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
# Primario		# Secundario	
Correo electrónico:			

Tengo un testamento en vida. Sí No Mantenga una copia en *La Guía Acompañante* y provea uno a su equipo de cuidado de salud

Tengo una carta poder. (poder para decisiones médicas) Sí No

Si es sí, liste el nombre:	Relación:
Teléfono:	

Mi equipo de salud (Es posible que no tenga a todos estos en su equipo de cuidado de salud)

Oncólogo médico:

Teléfono:		Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Portal:		

Radioncólogo:

Teléfono:		Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Portal:		

Enfermera de oncología:

Teléfono:		Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Portal:		

Cirujano:

Teléfono:		Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Portal:		

Mis contactos de cuidado de salud continúan en la próxima página

Proveedor médico primario:

Teléfono:		Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Portal:		

Farmacia:

Teléfono:		Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Portal:		

Trabajador social:

Teléfono:		Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Portal:		

Navegador:

Teléfono:		Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Portal:		

Hospital:

Teléfono:		Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Portal:		

Laboratorio médico:

Teléfono:		Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Portal:		

Otros:

Teléfono:		Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Portal:		

Otros:

Teléfono:		Fax:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Portal:		