



Company Name

PLAN DE EMERGENCIA PARA PACIENTES CON CUIDADOS ESPECIALES LISTA DE MEDICAMENTOS, ARTÍCULOS Y EQUIPOS

PAGINA 1 DE 1

Fecha: _____ Hora: _____

Paciente: _____ ID#: _____

Diagnóstico (usado para el paciente con el consentimiento del familiar y guardián): _____

Nombre del Dr: _____ Telefono: _____

Farmacia: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

Alergias: _____

Telefono de la HHA: 305-672-3455

Provisiones necesarias: _____

Equipos necesarias: _____

Nombre del proveedor: _____

Telefono: _____

Nombre del guardián del paciente: _____

Telefono si es diferente al del paciente: _____

Esta lista debe permanecer en casa de los pacientes en todo momento y debe mantenerse actualizada. De ser necesario que el paciente sea evacuado a un recinto de cuidados especiales, esta lista debe acompañar al paciente.

La agencia entra una copia en la oficina en caso de que el paciente pierda la suya.