



Company Name

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

PAGINA 1 DE 1

Fecha: _____ Hora: _____

Paciente: _____ ID#: _____

Diagnostico (usado para el paciente con el consentimiento del familiar y guardian): _____

Nombre del Dr: _____ Telefono: _____

Farmacia: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

Alergias: _____

Telefono de la HHA: 305-672-3455

MEDICAMENTOS	DOSIS	RUTA	HORA	COMENTARIOS

Provisiones necesarias: _____

Equipos necesarios: _____

Nombre del proveedor: _____

Telefono: _____

Nombre del guardian 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 regudiode 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.