

# Cómo Prepararse para Una Posible Hospitalización

## GUIA RAPIDA

### Cómo Usar Estos Documentos

En tiempos de crisis es normal sentirse confuso/a y perdido/a. Nuestro objetivo es ayudarle a estar preparado/a de la mejor manera posible, facilitando la planeación.

#### I PÁGINA 1

Lea completamente y revise la lista de cosas a empacar para llevar al hospital.

#### II PÁGINA 2

Infórmese de los documentos médicos y tenga en cuenta cuales necesita por completar.

#### III PÁGINA 5

Si necesita asistencia legal, visite el sitio web de Banister Advisors para ver referencias [aquí](#) ↗



## Antes de Salir de Casa

En caso de que necesite ser hospitalizado/a inesperadamente, **prepare una maleta/ bolsa con artículos esenciales** que debe contener a lo mínimo estos elementos:

### ○ TENGA A LA MANO UNA CARPETA CON COPIAS DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

- Power of Attorney (POA) - (Carta De Poder Legal)(POA)
- La forma POLST (Orden médica para tratamiento y mantenimiento de vida/ respiración artificial)
- HIPAA release form (Información y Formulario de Consentimiento)
- Un Testamento en Vida
- Resumen del historial médico del paciente
- Lista de medicamentos
- Lista de contactos
- [MÁS DETALLES](#) ↗

### ○ OBJETOS PERSONALES

- Ropa cómoda
- Medicamentos
- Artículos de higiene personal
- Celular/tableta con cables de recarga

### Otra documentación importante que debe tener a la mano en su casa:

- Lista de sus claves (especialmente de su teléfono o computadora)
- Una lista de sus dependientes y sus respectivas responsabilidades
- Documento de su Última Voluntad y Testamento en Vida
- Sus deseos de arreglos funerarios



## MEDICAL DOCUMENT CHECKLIST

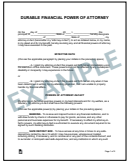
# Lista de Verificación de Documentos Médicos

Los siguientes documentos están organizados en orden de importancia. **Mantenga las versiones originales en casa** en un lugar seguro, junto a sus otros documentos de importancia. **Solamente lleve las copias con usted al hospital.**

MARCAR DESPUÉS  
DE COMPLETAR



## POWER OF ATTORNEY (POA) | Carta de Poder Legal



### QUE ES?

Una Carta de Poder Legal ayuda a definir bajo qué circunstancias un miembro de su familia o amistad escogido por usted puede tomar decisiones médicas en su representación. Hay diferentes Cartas de Poder Legal para decisiones médicas y financieras. Descubra más [aquí](#) ↗

### ES IMPORTANTE PORQUE

#### Sin una Carta de Poder Legal:

- Usted se arriesga a no recibir atención médica urgente.
- El proceso de tomar una decisión podría ser retrasada.
- Sus familiares/amistades pueden tener confusión o conflicto con la decisión médica.

### CÓMO OBTENER

- Contacte a un abogado que redacte este documento legal. Visite el sitio web de Banister Advisors para ver opciones de referencia [aquí](#) ↗
- Notificación: este documento requiere firmas específicas. Revise los detalles [aquí](#) ↗



## POLST FORM (Physician's Orders for Life Sustaining Treatment) | Orden médica para tratamiento de soporte vital/respiración artificial



### QUE ES?

Este documento es de más relevancia a personas mayores de 60 años o quienes padecen de condiciones médicas crónicas y subyacentes. Consulte con su proveedor de salud para determinar si este documento sería de beneficio.

### ES IMPORTANTE PORQUE

#### Sin un POLST:

- Corre el riesgo de recibir primeros auxilios no preferidos o declarados por usted.
- Corre el riesgo de no recibir la atención médica preferida o declarada por usted.

### CÓMO OBTENER

- Obtenga una copia de la forma del estado en el que reside [aquí](#) ↗  
Asegúrese que este proceso sea válido en su estado de residencia.
- Vea este video para aprender más al respecto [aquí](#) ↗





## MEDICAL DOCUMENT CHECKLIST

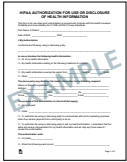
# Lista de Verificación de Documentos Médicos (Continuación)

Los siguientes documentos están organizados en orden de importancia. **Mantenga las versiones originales en casa** en un lugar seguro, junto a sus otros documentos de importancia. **Solamente lleve las copias con usted al hospital.**

MARCAR DESPUÉS  
DE COMPLETAR



## HIPAA RELEASE FORM | Aviso de Prácticas de Confidencialidad



### QUE ES?

Este documento protege su privacidad con leyes y restricciones sobre quién puede tener acceso a su historial médico. Solamente con su autorización las personas previamente autorizadas tendrán acceso a su información y/o tratamiento médico.

### ES IMPORTANTE PORQUE

#### Sin un Formulario de Consentimiento:

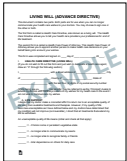
- Personal médico no puede compartir su información con personas con las cuales usted les quiera dar acceso.
- Si usted no tiene familia cerca, sus amistades no podrán recibir información sobre su estado de salud.

### CÓMO OBTENER

- Para tener acceso al formulario inmediatamente visite [esta página](#) ↗
- Para una versión del formulario con detalles completos y personalizados contacte a un abogado. Visite el sitio web de Banister Advisors para ver opciones de referencia [aquí](#) ↗



## LIVING WILL | Testamento en Vida



### QUE ES?

Un testamento en vida es un documento que especifica las acciones que se deben tomar sobre la salud de un paciente, si este no está en capacidad de tomar las decisiones por sí mismo debido a enfermedad o incapacidad.

### ES IMPORTANTE PORQUE

#### Sin un Testamento en Vida:

- Se arriesga a no recibir atención médica de su preferencia.
- El proceso de tomar decisiones puede demorarse.
- Familia y amistades tendrían que asumir decisiones que tal vez no quieran tomar.

### CÓMO OBTENER

- Obtenga una copia sencilla de un testamento en vida [aquí](#) ↗
- Para redactar un testamento vital con detalles personales contacte a un abogado. Visite el sitio web de Banister Advisors para ver referencias [aquí](#) ↗
- Visite el sitio web [Five Wishes](#) ↗ donde aprenderá más.



## PATIENT INFORMATION SUMMARY | Resumen del Historial Médico del Paciente



### QUE ES?

El resumen informativo del paciente contiene datos personales que ayudarán al personal médico a proveerle atención en el momento de su admisión al hospital.

### ES IMPORTANTE PORQUE

#### Sin un Resumen de Historia Médica:

- Personal médico podrían no tener información crítica sobre su salud.
- Su médico principal no podrá tener información sobre su condición médica.
- Podría recibir cobros incorrectos de su hospitalización.

### CÓMO OBTENER

- Complete el formulario adjunto a esta guía [aquí](#) ↗
- Puede descargar una copia [aquí](#) ↗





## MEDICAL DOCUMENT CHECKLIST

# Lista de Verificación de Documentos Médicos (Continuación)

Los siguientes documentos están organizados en orden de importancia. **Mantenga las versiones originales en casa** en un lugar seguro, junto a sus otros documentos de importancia. **Solamente lleve las copias con usted al hospital.**

MARCAR DESPUÉS  
DE COMPLETAR



## MEDICATION LIST | Lista de Medicamentos



### QUE ES?

Esta lista debe contener todos los nombres de los medicamentos, vitaminas, suplementos vitamínicos, la dosis, nombre del médico quien receta el medicamento y su información de contacto y la farmacia donde recibe su medicamento

### ES IMPORTANTE PORQUE

#### Sin una Lista de Medicamentos:

- El personal médico no tendrá el conocimiento de información crítica sobre su salud.
- Corre el riesgo de recibir tratamiento médico que cause una reacción adversa.
- Corre el riesgo de no recibir la dosis apropiada si está incapacitado.

### CÓMO OBTENER

- Complete el formulario adjunto a esta guía [aquí](#)
- Puede descargar una copia [aquí](#)



## CONTACT LIST | Lista de Contactos



### QUE ES?

Esta lista incluye los nombres, números de teléfono y direcciones de correo electrónico de sus familiares y amistades cercanas que usted quiere que puedan ser informados en caso de una emergencia médica.

### ES IMPORTANTE PORQUE

#### Sin una Lista de Contacto:

- Personal médico no podrá contactar a familiares y amistades.
- Corre el riesgo de no tener apoyo en caso de decisiones médicas.
- Corre el riesgo de no ser visitado o recibir llamadas de familiares y amistades.

### CÓMO OBTENER

- Complete la lista adjunto a esta guía [aquí](#)
- Puede descargar una copia [aquí](#)



## Ayudando a Nuestros Clientes Durante Momentos Difíciles y Inesperados con Compasión

Al usar esta guía se está preparando de antemano en caso de tener que ser hospitalizado/a y al mismo tiempo facilitando la experiencia para sus familiares, amistades y personal médico durante una crisis. Banister Advisors está disponible a facilitar asistencia en completar esta guía, si tiene alguna pregunta o requiere asistencia especializada.

[info@banisteradvisors.com](mailto:info@banisteradvisors.com) | [BanisterAdvisors.com](http://BanisterAdvisors.com) | 206.485.0555





## ATTORNEYS BY STATE

# Abogados por Estado

Por favor visite el sitio web de Banister Advisors y seleccione “Advance Care Planning” para revisar la lista actualizada de abogados que reciben nuevos clientes. Estos le podrán asistir eficazmente por medio de teléfono y/o videoconferencias con la redacción de estos documentos:

- Power of Attorney POA - (Carta de Poder Legal)
- La Forma POLST (Orden médica para tratamiento y mantenimiento de vida/respiración artificial)
- HIPAA Release Form (Aviso de Prácticas de Confidencialidad)
- Testamento en Vida

Estos son otros servicios profesionales con los cuales un abogado le puede asistir:

- Última voluntad y testamentos
- Fideicomisos y planeación de herencia

Ciertos documentos requieren firmas especiales. Obtenga más detalles [aquí](#) ↗

Banister Advisors es una compañía de servicios al cliente y no vende productos. Nuestros servicios de guianza, planeación avanzada, proceso de duelo y planeación de herencia son ofrecidos eficazmente y con discreción por personas profesionales.

*No recibimos, ni buscamos recompensa de vendedores o proveedores externos.*



## Trust and Will

La misión de Trust & Will es de modernizar la estructura de planeación de herencia hacer más fácil y económico el proceso y así todos puedan tener acceso un testamento planificado. Will & Trust ha servido a más de 70,000 miembros en este campo y ofrece apoyo en vivo desde localidades dentro de los Estados Unidos.

Trust & Will ha recibido un índice 4 de 5 estrellas de la empresa Trustpilot.

Trust & Will es un servicio que ofrece formularios legales y información por medio de en línea (internet). No somos un bufete de abogados y no substituímos el consejo profesional de un abogado.

Localice a un abogado que complemente sus necesidades legales.

Visite [BanisterAdvisors.com/ACP](https://BanisterAdvisors.com/ACP) ↗

Proteja a su familia y sus bienes.

Reciba un descuento de 10% en cualquier servicio de planeación de herencia cuando use la frase **BANISTER10**.

Visite [TrustandWill.com](https://TrustandWill.com) ↗



## REFERENCE LINKS

# Lista de Referencias

La siguiente lista contiene acceso directo a los documentos mencionados en esta guía.

### PÁGINA 1

#### **Banister Advisor's Plan de Acción y Prevención**

<https://www.BanisterAdvisors.com/ACP>

### PÁGINA 2

#### **Diferentes versiones de Documentos de Poder Legal (POA)**

<https://www.elderlawanswers.com/powers-of-attorney-come-in-different-flavors-8217>

#### **Firmas de Requerimiento para un Poder Legal (POA)**

<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>

#### **La Forma POLST (Orden médica para tratamiento de soporte vital/respiración artificial)**

<https://polst.org/national-form/>

#### **Video explicando la Forma POLST (Orden médica para tratamiento de soporte vital/respiración artificial)**

[https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=18&v=ci7KIDJQpFU&feature=emb\\_logo](https://www.youtube.com/watch?time_continue=18&v=ci7KIDJQpFU&feature=emb_logo)

### PÁGINA 3

#### **Complete su copia de Información y Formulario de Consentimiento (HIPAA)**

<https://eforms.com/release/medical-hipaa/>

#### **Complete su propio Testamento Vital**

<https://eforms.com/living-will/>

#### **Descubra mas sobre Testamentos Vitales**

<https://fivewishes.org/shop/order/product/five-wishes>

#### **Descargue su propia copia de Resumen Informativo del Paciente**

<https://www.BanisterAdvisors.com/ACP>

### PÁGINA 4

#### **Descargue su propia lista de medicamentos**

<https://www.BanisterAdvisors.com/ACP>

#### **Descargue su propia lista de contactos**

<https://www.BanisterAdvisors.com/ACP>

### PÁGINA 5

#### **Firmas requeridas en documentos legales especiales**

<https://app.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=11.125.050>



# PATIENT INFORMATION SUMMARY

Resumen Historial Médico del Paciente (1 DE 4 PÁGINAS)

NAME  
Nombre: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

GENDER  
Sexo: \_\_\_\_\_

BLOOD TYPE  
Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

HOME ADDRESS  
Domicilio Físico: \_\_\_\_\_

EMPLOYER  
Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_

OCCUPATION  
Profesión: \_\_\_\_\_

EMPLOYER ADDRESS  
Dirección de Empleo: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT  
Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT TELEPHONE  
Teléfono de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

## MEDICAL INSURANCE | Información De Seguro Médico

PRIMARY INSURANCE NAME  
Seguro Primario: \_\_\_\_\_

TELEPHONE  
Teléfono: \_\_\_\_\_

POLICY HOLDER'S NAME  
Nombre principal en la póliza: \_\_\_\_\_

RELATIONSHIP TO PATIENT  
Relación con el titular del seguro: \_\_\_\_\_

MEMBER ID #  
Número de póliza: \_\_\_\_\_

GROUP #  
Número del grupo: \_\_\_\_\_

SECONDARY INSURANCE NAME  
Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

TELEPHONE  
Teléfono: \_\_\_\_\_

POLICY HOLDER'S NAME  
Nombre principal en la póliza: \_\_\_\_\_

RELATIONSHIP TO PATIENT  
Relación con el titular del seguro: \_\_\_\_\_

MEMBER ID #  
Número de póliza: \_\_\_\_\_

GROUP #  
Número del grupo: \_\_\_\_\_

## PHYSICIAN CONTACT INFO | Lista De Médicos

PHYSICIANS SPECIALTY  
Especialidad del Médico: \_\_\_\_\_

NAME  
Nombre: \_\_\_\_\_

TELEPHONE  
Teléfono: \_\_\_\_\_

PHYSICIANS SPECIALTY  
Especialidad del Médico: \_\_\_\_\_

NAME  
Nombre: \_\_\_\_\_

TELEPHONE  
Teléfono: \_\_\_\_\_

PHYSICIANS SPECIALTY  
Especialidad del Médico: \_\_\_\_\_

NAME  
Nombre: \_\_\_\_\_

TELEPHONE  
Teléfono: \_\_\_\_\_

PHYSICIANS SPECIALTY  
Especialidad del Médico: \_\_\_\_\_

NAME  
Nombre: \_\_\_\_\_

TELEPHONE  
Teléfono: \_\_\_\_\_

PHYSICIANS SPECIALTY  
Especialidad del Médico: \_\_\_\_\_

NAME  
Nombre: \_\_\_\_\_

TELEPHONE  
Teléfono: \_\_\_\_\_

PHYSICIANS SPECIALTY  
Especialidad del Médico: \_\_\_\_\_

NAME  
Nombre: \_\_\_\_\_

TELEPHONE  
Teléfono: \_\_\_\_\_

PHYSICIANS SPECIALTY  
Especialidad del Médico: \_\_\_\_\_

NAME  
Nombre: \_\_\_\_\_

TELEPHONE  
Teléfono: \_\_\_\_\_

PHYSICIANS SPECIALTY  
Especialidad del Médico: \_\_\_\_\_

NAME  
Nombre: \_\_\_\_\_

TELEPHONE  
Teléfono: \_\_\_\_\_





# PATIENT INFORMATION SUMMARY

Resumen Historial Médico del Paciente (3 DE 4 PÁGINAS)

NAME: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ GENDER: \_\_\_\_\_ BLOOD TYPE: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

## MEDICAL HISTORY | Historial Médico (Continuada)

Marque la cajilla si padece de alguna de estas condiciones médicas:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ENDOCRINE PROBLEMS<br>Problema Endocrinal                                 | <input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL PROBLEMS<br>Condiciones Gastrointestinales  |
| <input type="checkbox"/> ENDOCRINE PROBLEMS<br>Intolerancia a lo frío o caliente                   | <input type="checkbox"/> LOSS OF APPETITE<br>Pérdida de apetito<br>Explique: _____  |
| <input type="checkbox"/> Tiroides  | <input type="checkbox"/> CHANGE IN BOWEL MOVEMENTS<br>Defecación irregular<br>Explique: _____                               |
| <input type="checkbox"/> NECK IRRADIATION HISTORY<br>Previa Irradiación de Cuello                  | <input type="checkbox"/> NAUSEA OR VOMITING<br>Nausea o vómito<br>Explique: _____   |
| <input type="checkbox"/> NEUROLOGICAL CONDITION<br>Condición Neurológica                           | <input type="checkbox"/> FREQUENT DIARRHEA<br>Diarrea Frecuente   |
| <input type="checkbox"/> HAD A STROKE OR TIA ("MINI-STROKE")<br>Infarto cerebral                   | <input type="checkbox"/> CONSTIPATION<br>Estreñimiento<br>Explique: _____   |
| <input type="checkbox"/> SEIZURE DISORDER OR EPILEPSY<br>Ataques convulsivos o epilepsia           | <input type="checkbox"/> RECTAL BLEEDING OR BLOOD IN STOOL<br>Sangramiento rectal<br>Explique: _____                        |
| <input type="checkbox"/> HEADACHES<br>Dolores de cabeza  | <input type="checkbox"/> ABDOMINAL PAIN<br>Dolores abdominales<br>Explique: _____   |
| <input type="checkbox"/> OTHER NEUROLOGICAL CONDITIONS<br>Otras condiciones neurológicas:<br>_____ | <input type="checkbox"/> STOMACH ULCERS (PEPTIC ULCER DISEASE)<br>Úlceras estomacales (úlceras pépticas)<br>Explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> RHEUMATOID ARTHRITIS<br>Artritis Reumatoide                               | <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágal recurrente o acidez estomacal<br>Explique: _____                            |
| <input type="checkbox"/> SYMPTOMS AFFECTING YOUR NECK<br>Síntomas que afectan a su cuello          | <input type="checkbox"/> CANCER<br>Cáncer   |
| <input type="checkbox"/> BLOOD DISORDER<br>Condiciones Sanguíneas                                  | <input type="checkbox"/> TYPE<br>Tipo: _____  |
| <input type="checkbox"/> ANEMIA (LOW BLOOD COUNT)<br>Recuento bajo de glóbulos blancos             | <input type="checkbox"/> CHEMOTHERAPY<br>Quimioterapia<br>Fecha: _____  |
| <input type="checkbox"/> SICKLE CELL DISEASE<br>Enfermedad de células falciformes                  | <input type="checkbox"/> RADIATION THERAPY<br>Terapia de radiación<br>Fecha: _____  |
| <input type="checkbox"/> ABNORMAL BLEEDING/BRUISING<br>Sangriento abnormal / contusiones           | <input type="checkbox"/> METAL IMPLANTS OR DEVICES<br>Implantes Médicos de Metal<br>Explique: _____                         |
| <input type="checkbox"/> PAST BLOOD TRANSFUSION<br>Transfusión de sangre<br>Fecha: _____           |   |
| <input type="checkbox"/> OTHER BLOOD DISORDERS<br>Otras condiciones sanguíneas<br>_____            |   |

# PATIENT INFORMATION SUMMARY

## Resumen Historial Médico del Paciente (4 DE 4 PÁGINAS)

NAME: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ GENDER: \_\_\_\_\_ BLOOD TYPE: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

### SURGICAL HISTORY | Operaciones Médicas

#### HAVE YOU EVER HAD SURGERY?

Ha tenido alguna operación médica?  Sí  No

Si la respuesta es "sí" por favor provea detalles:

Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### RECENT HOSPITALIZATION

Estadía en un hospital recientemente: \_\_\_\_\_

**PROBLEMS WITH NAUSEA/VOMITING AFTER ANESTHESIA**  
Problemas de náuseas/vomito al recibir anestesia

**PROBLEMS WITH DIFFICULT BREATHING TUBE INSERTION**  
Dificultad al respirar con un tubo respiratorio

**PROBLEMS WITH AWARENESS UNDER ANESTHESIA**  
Dificultad al estar bajo anestesia

**FAMILY HISTORY OF MALIGNANT HYPERTHERMIA**  
Historial familiar de hipertermia maligna

**FAMILY HISTORY OF MAJOR ANESTHESIA PROBLEMS**  
Historial familiar con problemas de anestesia.  
Por favor indique el tipo de cirugía, fecha de lo ocurrido y el nombre del hospital:

### PSYCHIATRIC HISTORY | Historial Psiquiátrico

**ANXIETY**  
Ansiedad

**DEPRESSION**  
Depresión

**MOOD SWINGS**  
Cambios temperamentales

**SLEEP DISTURBANCES**  
Problemas al dormir

**MEMORY CHANGE**  
Problemas de memoria

**SUICIDAL IDEATION**  
Pensamientos de suicidio

**HOMICIDAL IDEATION**  
Pensamientos de homicidio

**HALLUCINATIONS**  
Alucinaciones

**OTHER**  
Otra condición psiquiátrica:

Explique:

### ALERGIAS

Tiene alguna reacción alérgica a alguna medicina?  Sí  No

Si la respuesta es "sí" por favor provea detalles:

Tiene alergia al látex?  Sí  No

Tiene alguna alergia alimentaria?  Sí  No

Si la respuesta es "sí" por favor provea detalles:

### SOLAMENTE APLICABLE A MUJERES

Está actualmente embarazada?  Sí  No

Está intentando quedar embarazada?  Sí  No

Está usted lactando?  Sí  No

Tiene o a sufrido de depresión postparto?  Sí  No

Está actualmente tomando un anticonceptivo?  Sí  No

Esta o a sobrepasado la menopausia?  Sí  No

# MEDICATION LIST

## Lista de Medicamentos

**NAME** Nombre: \_\_\_\_\_ **DATE OF BIRTH** Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ **GENDER** Sexo: \_\_\_\_\_ **BLOOD TYPE** Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

**ALLERGIES** Alergias o Reacciones Alérgicas: \_\_\_\_\_

PRESCRIPTION MEDICATION Medicamento	PURPOSE/REASON FOR TAKING Propósito	DOSE Dosis	TIME(S) OF DAY Tiempo del Día	START DATE/ END DATE Fecha de Comienzo/ Terminación	PRESCRIBING PHYSICIAN NAME AND PHONE Nombre del Doctor que Ordenó la Receta	NAME AND PHONE PHARMACY PHONE AND LOCATION Nombre y dirección de la Farmacia Donde Recibe la Receta

VITAMINS/SUPPLEMENTS Vitaminas/ Suplementos vitamínicos	PURPOSE/REASON FOR TAKING Propósito/Razón por tomarla	DOSE Dosis	TIME(S) OF DAY Tiempo del Día	START DATE/ END DATE Fecha de Comienzo/ Terminación	PRESCRIBING PHYSICIAN NAME AND PHONE Nombre del Doctor y Teléfono que Ordenó la Receta

# CONTACT LIST

## Lista de Contactos

NAME **Nombre:** \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ GENDER **Sexo:** \_\_\_\_\_ BLOOD TYPE **Tipo de Sangre:** \_\_\_\_\_

HOME ADDRESS **Domicilio Fisico:** \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT **Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ EMERGENCY CONTACT TELEPHONE **Teléfono de Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_

NAME Nombre	RELATIONSHIP Relación a Usted	ADDRESS Dirección	PRIMARY PHONE Teléfono Principal	SECONDARY PHONE Teléfono Secundario