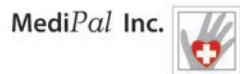


**PÁGINA 1** - Rellene este formulario con la aplicación gratuita Adobe Reader. **PRIMERO**- Guarde este archivo en su ordenador. **SIGUIENTE**- Rellene las 2 páginas haciendo clic en las zonas sombreadas. Vuelva a guardar el formulario con frecuencia. Para imprimir: Vaya al cuadro de diálogo de impresión y asegúrese de desmarcar la opción de escala de grises en blanco y negro. Imprima como un documento de doble cara. Haga clic en la pestaña "Impresora" en la parte inferior, marque la casilla de "2 caras" (o "Imprimir en ambas caras del papel"). Especifique "Encuadernación por el borde corto" (o "Voltear por el borde corto"). Imprima. Observe que las dos caras del formulario están relativamente alineadas entre sí sosteniendo el papel al trasluz. Recorte en la línea de puntos, doble en la línea de puntos, doble en su soporte de identificación MediPal mostrando la insignia de emergencia. Envuelva el MediPal ID alrededor de su cinturón de seguridad.

*Gracias por formar parte de la familia MediPal ID. Cuídate mucho.*

# The MediPal<sup>®</sup> Seatbelt ID

*Ahorrar tiempo salva vidas*



Se trata de un formulario PDF rellenable en pantalla. Encuéntralo aquí:

[www.medipal.com/insert/spectrum](http://www.medipal.com/insert/spectrum)

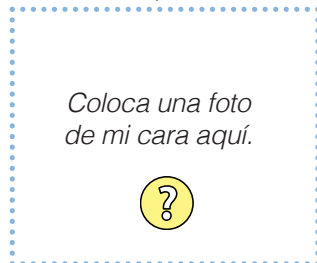
El comprador / usuario asume toda la responsabilidad por la exactitud de la información proporcionada, la colocación del gafete de identificación de MediPal en el cinturón de seguridad del usuario o de su persona física, y / o cualquier daño producido por el gafete de identificación de MediPal o por cualquier contenido colocado o adjunto al gafete de identificación de MediPal.

La información proveída que resulte en la divulgación de información a partes no deseadas o que resulte en robo de identidad es responsabilidad absoluta de el comprador/ usuario.



## Mi información personal:

(Personal Information)



*Coloca una foto de mi cara aquí.*

**Mi Nombre:** (my name / my nickname)

**Mi apodo:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:**(DOB) \_\_\_\_\_

**Mi dirección:** (my address)

**Mi teléfono de casa:** \_\_\_\_\_

**Mi teléfono móvil:** \_\_\_\_\_

**Mi Mascota(s) y su ubicación:**  
(My pet(s) & their location)

**Ubicación de la directiva de salud:**

(Location of healthcare directive)

**Lugar de encuentro familiar fuera de casa:**

(Family meeting place away from home)

## Mis contactos de urgencia:

(Emergency contacts)

**Padre/cuidador 1:**

Teléfono:(phone) \_\_\_\_\_

**Padre/cuidador 2:**

Teléfono:(phone) \_\_\_\_\_

**Nombre/teléfono de mi apoderado médico:**

(Healthcare Power of Attorney)

**Mi compañía de Seguro de Automovil:**

(Automobile Insurance Company)

**Nombre:**(name) \_\_\_\_\_

**Teléfono:**(phone) \_\_\_\_\_

**#de Póliza:**(policy#) \_\_\_\_\_

**Mi compañía de Seguro Médico:**

(Medical Insurance Company)

**Nombre:**(name) \_\_\_\_\_

**Teléfono:**(phone) \_\_\_\_\_

**ID de miembro:**(ID#) \_\_\_\_\_

**Mi Doctor Primario:** (Primary doctor)

**Nombre:**(name) \_\_\_\_\_

**Teléfono:**(phone) \_\_\_\_\_

**Mi Doctor Especialista:** (Specialty doctor)

**Nombre:**(name) \_\_\_\_\_

**Teléfono:**(phone) \_\_\_\_\_

**Mi Dentista:** (Dentist)

**Nombre:**(name) \_\_\_\_\_

**Teléfono:**(phone) \_\_\_\_\_

**PÁGINA 2-** Rellene este formulario con la aplicación gratuita Adobe Reader. **PRIMERO-** Guarde este archivo en su ordenador. **SIGUIENTE-** Rellene las 2 páginas haciendo clic en las zonas sombreadas. Vuelva a guardar el formulario con frecuencia. Para imprimir: Vaya al cuadro de diálogo de impresión y asegúrese de desmarcar la opción de escala de grises en blanco y negro. Imprima como un documento de doble cara. Haga clic en la pestaña "Impresora" en la parte inferior, marque la casilla de "2 caras" (o "Imprimir en ambas caras del papel"). Especifique "Encuadernación por el borde corto" (o "Voltear por el borde corto"). Imprima. Observe que las dos caras del formulario están relativamente alineadas entre sí sosteniendo el papel al trasluz. Recorte en la línea de puntos, doble en un tríptico e inserte en su soporte de identificación MediPal mostrando la insignia de emergencia. Envuelva el MediPal ID alrededor de su cinturón de seguridad.

*Gracias por formar parte de la familia MediPal ID. Cuídate mucho.*

## **Mi diagnóstico actual:** (My Diagnosis)

- AUTISMO** (Autism)  Suave (Mild)  De leve a moderado (Mild/Mod)  
 No-verbal (Nonverbal)  Moderada a severa (Mod/Severe)  Severo (Severe)

## **Otras Condiciones Medicas o Dieta Especial?:**

(Other Medical Conditions or on a Special Diet?)

**Mi idioma principal es:** (Primary Language) \_\_\_\_\_

## **Cómo me comunico:**

- (How I communicate)  Voz (Voice)  Lenguaje de señas (Sign Language)  Gestos (Gestures)  
 Símbolos de la imagen (Picture ICONS)  Palabras escritas (Written words)  Dispositivo de comunicación (Communication device)  Intérprete (Interpreter)

**Mis comportamientos típicos pueden incluir:** (My typical behaviors may include) 

**Motivadores de comportamiento positivo:** (Motivators to positive behavior)

**Causas de comportamiento negativo:** (Causes of negative behavior)

**Estrategias para afrontar:** (Coping strategies)

## **Mi Información Médica**

(My Medical information)

**Mi tipo de sangre:** \_\_\_\_\_

(My Blood Type)

**Mi peso:** \_\_\_\_\_

(My Weight)

**Mi estatura:** \_\_\_\_\_

(My Height)

- Pérdida de audición (Hearing loss)  Usor audicular (Wear hearing aids)  
 Pérdida de visión (Vision loss)  Usar lentes o de contacto (Wear glasses/contacts)

## **Mis medicamentos:** (My Medications)

A partir desde: (As of this date) \_\_\_\_\_  
(Incluir nombres y dosis de todas las prescripciones, e medicamentos homeopáticos.)

**Nombre y teléfono de la farmacia:**

(Pharmacy name and phone number)

**Recibió la vacuna Covid:**  Sí (Yes)  No (No)

(Received Covid vaccine)

Pfizer  Moderna  Otros: \_\_\_\_\_

**Alergias a alimentos o medicamentos:**

(Allergies to food or medication)  
(Incluir efectos secundarios) (Include side effects)

**Hospital preferido:** (Preferred hospital)

