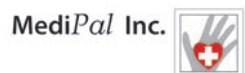


PÁGINA 1 - Rellene este formulario con la aplicación gratuita Adobe Reader. **PRIMERO**- Guarde este archivo en su ordenador. **SIGUIENTE**- Rellene las 2 páginas haciendo clic en las zonas sombreadas. Vuelva a guardar el formulario con frecuencia. Para imprimir: Vaya al cuadro de diálogo de impresión 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 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.

The MediPal[®] Seatbelt ID

Ahorrar tiempo salva vidas



My MediPal[®]
información



Fecha en que se llenó
el formulario

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

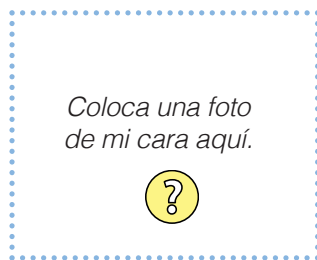
www.medipal.com/insert

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:



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 Automóvil: _____
(Automobile Insurance Company)

Nombre:(name) _____

Teléfono:(phone) _____

Política #:(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. Cuidate mucho.

Mi diagnostico actual: (My Diagnosis)
(Y/ u otras preocupaciones) (And other concerns)

Mi historial Medico/ de salud:
(Medical/Health history)

(Cirugías recientes, hospitalizaciones, diagnósticos anteriores, tiene un marcapasos, un implante coclear o de órganos, etc.) (Recent Surgeries, Hospitalizations, Past Diagnoses, have a Pacemaker, Cochlear or Organ Implant, etc.)

Mi Hospital de preferencia:
(Preferred Hospital)

Mi Información Médica
(My Medical information)

MediPal Inc. 
Saving Time Saves Lives

Mi idioma principal es: _____
(Primary Language)

Me comunico por: Voz Voice Lenguaje de señas Sign Language Gestos Gestures Interprete Interpreter
 Escribiendo Written Word Símbolos de imágenes Picture ICONS Dispositivo de comunicación Communication Device

Mi tipo de sangre: _____ **Mi peso:** _____ **Mi estatura:** _____
(My Blood Type) (My Weight) (My Height)

Pérdida de audición (Hearing loss) Usar audífonos (Wear hearing aids)
 Pérdida de la vision (Vision loss) Uso lentes de contacto (Wear glasses) Uso contactos (Wear Contacts)

Dieta especial: _____ **Donante de órganos:** _____
(Special Diet) (Organ donor)

+ Mis medicamentos: + A partir de esta fecha: _____
(My Medications) (As of this date)

(Incluya los nombres y las dosis de todas las recetas, hierbas y medicamentos homeopáticos.)
(Include the Names and Dosages of all prescriptions, herbal and homeopathic medicines.)

Nombre y número de teléfono de mi farmacia: _____
(My Pharmacy name and phone)

¿Recibió la vacuna Covid? No Sí - 1ª toma _____ Sí - 2ª toma _____
 Pfizer Moderna Otra: _____

Mis alergias: a alimentos o medicamentos: (incluir efectos secundarios)
(My Allergies to Food or Medication) (Include a description of side effects)