

In Case of Emergency – En Caso de Emergencia

Nombre _____
Fecha de Nacimiento ____/____/____ Tipo de sangre ____
Contactos _____

Medico _____
Historia Clínica con _____
Alergias o Reacciones _____

www.drthelin.com

Problemas de Salud _____

Medicamentos _____

Resucitación: Sí, quiero No quiero Donador de órganos _____
Seguro o Plan _____
Hospital de Preferencia _____
Otro _____

Fold here

Cut along outside edge on all four sides.

When folded, it can be kept in any wallet slot and kept with you at all times. It will last longer and be readable longer if you have this card