



FILE OF LIFE

ARCHIVO DE LA VIDA

Nombre:		Sexo: ☐ M ☐ F	
Dirección:			
Ciudad, estado, código postal:			
Teléfono: () -	Teléfono Alt: () -		
Seguro Social: - -	Fecha de nacimiento: / /		
Preferencia de hospital:			
Seguro médico:			
En caso de emergencia notifíquese a:			
Nombre:			
Teléfono: () -			
Relación:			
Nombre:			
Teléfono: () -			
Relación:			
Información médica:			
actualizado: / /			
ONR: ☐ Y ☐ N	Lugar de la documentación:		
Poder legal: ☐ Y ☐ N			
Historial médico:			
Medicamentos:			
Alergias:			



FILE OF LIFE
ARCHIVO DE LA VIDA