

## Pasaporte médico

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

(Ingrese el diagnóstico especializado)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_

(Ingrese la especialidad)

Proveedor de atención primaria (PCP): \_\_\_\_\_ Teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono del contacto: \_\_\_\_\_

Tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono del tutor legal: \_\_\_\_\_

Ejemplo en foto/imagen del diagnóstico

Resultados más significativos de pruebas con relación al diagnóstico

Resultados específicos de pruebas con relación al diagnóstico

Resultados específicos de pruebas con relación al diagnóstico

Resultados específicos de pruebas con relación al diagnóstico

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Dispositivos médicos: \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_

Equipo médico duradero: \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_

Análisis de laboratorio con relación al diagnóstico: \_\_\_\_\_

Oxygen: Sí  No  O2 basal: \_\_\_\_\_

Restricciones de actividad: \_\_\_\_\_

Consideraciones sobre el embarazo: Sí  No  Anticoncepción: \_\_\_\_\_

Pruebas/Procedimientos previos: \_\_\_\_\_

Información de consultas de seguimiento: