| | VII Informacion nerconal |
|----|--|
| | r |
| | 4 |
| | (|
| | 7 |
| | Н |
| | - |
| | U |
| | G |
| | ı |
| | G |
| | ۲ |
| ٠ | e |
| ۰ | |
| | C |
| | 7 |
| | μ |
| | 15 |
| | Ľ |
| | ۲ |
| | (|
| C | |
| | ď |
| | Ľ |
| ш | |
| | |
| | , |
| ĸ. | " |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | 7 |
| | ۲ |
| | ū |
| | |
| | |
| | G |
| | 2 |
| | |
| | בס |
| | Propr |
| | DIGITATION |
| | HOLUDE |
| | mordon |
| | omergen |
| | omordon |
| | o omorgon |
| | |
| | do omorgon |
| | s do omordon |
| | oc de emercien |
| | TOC DO OMORGON |
| | CTOC OB BENEFIED |
| | actor do emercion |
| | Tarrior do omorrior |
| | Tartor do emercion |
| | antactor do emergen |
| | Contactor do emergen |
| | contactor de emergen |
| | Contactor of percent |
| | is contactos de emergen |
| | is contactor de emergen |
| | Allo contactos de emercien |
| | CITY CONTRACTOR OF PROPERTY |
| | GINDENDED OF SCHOOL SILV |
| | rapragad an activation of a |
| | |
| | |
| | TOUTHOUSE OF SOUTHOUSE |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | プログラー プログラー・ファイン・ファイン・ファイン・ファイン・ファイン・ファイン・ファイン・ファイン |

| | L | 3 | • |
|----|---|---|---|
| | | 1 | |
| | r | 7 | |
| | t | 3 | |
| | r | à | |
| | þ | ē | |
| | ι | e | |
| | | | |
| | | 7 | ï |
| | P | ۰ | 4 |
| | P | | |
| ľ | 9 | 7 | |
| ĸ. | | ı | ĺ |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | P | | ļ |
| | ι | 7 | ì |
| | P | 7 | 1 |
| | L | 9 | ŀ |
| | | ۰ | |
| | 7 | 7 | |
| | L | 3 | 9 |
| | C | | |
| | r | 7 | |
| | h | S | |
| | r | d | ı |
| | h | ۶ | |
| | | d | |
| | Ļ | i | , |
| | | ø | ì |
| | | ۲ | ٩ |
| | ι | ¢ | ı |
| | | ì | i |
| | r | | 7 |
| | L | • | ı |
| | r | | 1 |
| | h | 3 | |
| | r | | |
| | c | - | |
| | r | à | |
| | h | S | |
| • | Ļ | | |
| | | ē | |
| | P | ۶ | |
| | L | 3 | |
| | C | | |
| | ľ | | |
| | F | u | |
| | ۲ | | |
| | ۰ | 7 | , |
| | ι | ø | ì |
| | P | • | |
| | ŀ | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| _ | Su nombre: | | | | | |
|---------------------|--|-------------------|---------------------|--|--|--|
| Sons | Fecha de nacimiento: | Estatura: | Peso: | | | |
| ıformación pers | Teléfono de la casa: | Teléfono cel | ular: | | | |
| ón J | Nombre del padre/tutor: | | | | | |
| aci | Teléfono: | | | | | |
| orm | Compañía de seguro médico | : | | | | |
| inf | N.° de ID: | N.° de grupo: | | | | |
| Su | Su idioma principal o forma d | le comunicarse: _ | | | | |
| | | | | | | |
| cj. | Nombre: | | | | | |
| gen | Relación: | Teléfor | 10: | | | |
| ner | Nombre: | | | | | |
| contactos de emerge | Relación: | Teléfor | 10: | | | |
| os d | Nombre: | | | | | |
| tact | Relación: | Teléfor | 10: | | | |
| con | Nombre: | | | | | |
| Sms | Relación: | Teléfor | 10: | | | |
| | | | | | | |
| speciales | | a: | | | | |
| ucciones espe | Condiciones especiales, desafí o necesidad de usar equipo me | | hallazgos inusuales | | | |
| ıstr | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Diagnóstico principal: | | | | | |
| 0 | ¿Otro diagnóstico o lesiones | importantes? | | | | |
| stic | | | | | | |
| gnó | Condiciones/comentarios esp | oeciales: | | | | |
| u diagnóstico | Alexariae (Inchinic medicam ente | | | | | |
| Su | Alergias (Incluya medicamentos, comida, medio ambiente, conta u otros. Describa lo que sucede.): | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Nombre de su médico princip | | | | | |
| ,, | Dirección: | | | | | |
| us médicos | | | | | | |
| nédi | Hospital preferido: | | | | | |
| IS II | Nombre de la farmacia: | | | | | |
| Su | Dirección: | | | | | |
| | | Teléfor | 10: | | | |
| | Hospital de especialidad: — | | | | | |

| Nombre del proveedor: | | | | |
|---|-------------------|------------------|--|--|
| Tipo: | Teléfono | Teléfono: | | |
| Nombre del proveedor: | | | | |
| Tipo: | Teléfono | : | | |
| Nombre del proveedor: | | | | |
| Tipo: | Teléfono: | | | |
| | | | | |
| Nombre del medicamento | Dosis | Frecuencia | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Más información: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Familiares, tutores u otras persona información médica con su médico. en el formulario de privacidad de | (Si tiene 18 años | o más, inclúyalo | | |
| Nombre: | | | | |
| Relación: | Teléfono: | | | |
| Nombre: | | | | |
| Relación: | Teléfono: | | | |
| Nombre: | | | | |
| Relación: | | | | |
| | Do | | | |



Mantenga su tarjeta actualizada. Para obtener una nueva tarjeta, visite el sitio web del Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York (NYS Department of Health): health.ny.gov/community/special_needs/#
El propósito de esta tarjeta es ayudar a los padres de niños con discapacidades y personas con discapacidades a organizar su información médica.

19517 (Spanish) 10/2*