Lista de Problemas Médicos, Cirugias, Examenes Mayores con Fechas
List Medical Problems, Surgeries, Major Tests and Dates

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

UNIVERSITY of VIRGINIA HEALTH SYSTEM
www.uvahealth.com

FICHA DE SALUD POR
HEALTH RECORD FOR

PLACE LABEL HERE OR PRINT

Nombre Name

Fecha de nacimiento Birthdate

UVa MRN

Teléfono Phone No. _____

(INFO 90018S 5/07)

Médico #1 _____
Doctor #1

Especialidad _____
Specialty

Localización _____
Location

No. Teléfono _____
Phone No.

Médico #2 _____
Doctor #2

Especialidad _____
Specialty

Localización _____
Location

No. Teléfono _____
Phone No.

Farmacia Cia. De Seguros _____
Policy Name

No. Teléfono _____
Phone No.

No. Poliza _____
Policy No.

Nombre del Contacto de Emergencia
Emergency Contact Name

_____

Parentesco _____
Relationship

No. Teléfono _____
Phone No.

Tipo de Sangre _____
Blood Type

Donador de Órganos ☐ Si ☐ No
Organ Donor Yes No

Directiva Avanzada ☐ Si ☐ No
Advance Directive Yes No

Guardado en _____
Kept at

Otra Info. _____
Other Info.

_____

_____

Lista de Problemas Médicos, Cirugias, Examenes Mayores con Fechas
List Medical Problems, Surgeries, Major Tests and Dates

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

UNIVERSITY of VIRGINIA HEALTH SYSTEM
www.uvahealth.com

FICHA DE SALUD POR
HEALTH RECORD FOR

PLACE LABEL HERE OR PRINT

Nombre Name

Fecha de nacimiento Birthdate

UVa MRN

Teléfono Phone No. _____

(INFO 90018S 5/07)

Médico #1 _____
Doctor #1

Especialidad _____
Specialty

Localización _____
Location

No. Teléfono _____
Phone No.

Médico #2 _____
Doctor #2

Especialidad _____
Specialty

Localización _____
Location

No. Teléfono _____
Phone No.

Farmacia Cia. De Seguros _____
Policy Name

No. Teléfono _____
Phone No.

No. Poliza _____
Policy No.

Nombre del Contacto de Emergencia
Emergency Contact Name

_____

Parentesco _____
Relationship

No. Teléfono _____
Phone No.

Tipo de Sangre _____
Blood Type

Donador de Órganos ☐ Si ☐ No
Organ Donor Yes No

Directiva Avanzada ☐ Si ☐ No
Advance Directive Yes No

Guardado en _____
Kept at

Otra Info. _____
Other Info.

_____

_____

Vacunación/Fecha
Immunization / Date

Gripe _____
Influenza

Pulmonía _____
Pneumonia

Tétano _____
Tetanus

Otra _____
Other

Alergias y reacciones
Allergies and reactions

_____

_____

_____

_____

_____

Enumere las medicinas–incluya con receta sin receta, herbales, vitaminas, etc.
List medicines–include prescriptions, over the counter, herbals, vitamins, etc.

Nombre Name	Dosis Dose	Cada Cuando How Often	Razón/Comentarios Reason/Comments

Medicinas que tomo cuando necesito y por que:
Medicines I take when needed and why:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre de la Farmacia _____
Pharmacy Name

Localización/Teléfono _____
Location/Phone

Vacunación/Fecha
Immunization / Date

Gripe _____
Influenza

Pulmonía _____
Pneumonia

Tétano _____
Tetanus

Otra _____
Other

Alergias y reacciones
Allergies and reactions

_____

_____

_____

_____

_____

Enumere las medicinas–incluya con receta sin receta, herbales, vitaminas, etc.
List medicines–include prescriptions, over the counter, herbals, vitamins, etc.

Nombre Name	Dosis Dose	Cada Cuando How Often	Razón/Comentarios Reason/Comments

Medicinas que tomo cuando necesito y por que:
Medicines I take when needed and why:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre de la Farmacia _____
Pharmacy Name

Localización/Teléfono _____
Location/Phone