

Información importante

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombres de los padres o tutores: _____

Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____

Problemas médicos/alergias graves: _____

Medicamentos que toma regularmente: _____

Nombre y teléfono de los médicos: _____

Nombre y teléfono del dentista: _____

Teléfonos del seguro médico: _____

Nombres y teléfonos de la farmacia: _____

Teléfono del Centro de Control de Envenenamiento: _____
