

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grupo sanguíneo: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____

Medicación: _____

Enfermedades: _____

Médico y Centro sanitario: _____

Alergias y otra información: _____

COMO SE USA: después de imprimir cortar por la línea sólida y doblar por la punteada.

