Resumen del historial médico

Nombre de la persona _____

Fecha de nacimiento _____

Grupo sanguíneo _____

Alergias _____

Diagnósticos y enfermedades crónicas

OPERACIONES E INGRESOS HOSPITALARIOS

Año	Qué	Hospital y planta

ESPECIALISTAS Y CENTROS MÉDICOS

Nombre	Especialidad	Teléfono

Vacunas (con fechas)

Última actualización