Nombre:

Fecha de nacimiento:

Diagnóstico:

Medicamentos:

Información útil:

Imagen

Peso: _____

Altura: _____

Frecuencia cardiaca
(HR): _____

Presión (BP): _____

Frecuencia respiratoria:

Oxigenación: _____

Padre/madre/cuidador

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono

Médico

Número de teléfono