

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Diagnóstico:

Medicamentos:

Información útil:

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