

Mi plan de seguridad

¿Quién soy?

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Mi contacto de emergencia

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Mi discapacidad

Discapacidad primaria: _____

Incapacidad secundaria: _____

Mi informacion medica

La información de mi médico: _____

Nombre y número de teléfono: _____

Mis medicamentos

Nombre del medicamento	Dosis o cuanto se toma	Cuando lo tomas

Mis alergias: _____

Hospital o clínica preferida

En caso de una emergencia médica, lléveme a:

En caso de una emergencia de salud mental, lléveme a:

Si tengo una emergencia de salud mental:

Por favor no me des acceso a estos elementos:

Cosas que me ayudan durante una emergencia de salud mental:
