



## Formulario para Uso de Pacientes En Caso de Desastres

### Información de Familia

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información de Seguro

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_ N° de Póliza \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información de Medico

Nombre: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Medicamentos (incluye nombre, dosis, frecuencia)

Medicamento:	Medicamento:
Instrucciones:	Instrucciones:
Medicamento:	Medicamento:
Instrucciones:	Instrucciones:
Medicamento:	Medicamento:
Instrucciones:	Instrucciones:
Medicamento:	Medicamento:
Instrucciones:	Instrucciones:
Medicamento:	Medicamento:
Instrucciones:	Instrucciones:
Nombre de la cadena de farmacias que uso:	

### Lista de Chequeo

- Informe a sus familiares y doctores de sus planes de evacuación
- Contenedor a prueba de agua para sus medicamentos
- Copias de sus recetas
- Su historial médico (breve)
- Información de equipo médico

### Información Útil

Texas Oncology  
[www.TexasOncology.com](http://www.TexasOncology.com)  
1-888-864-4226