

Números de Teléfono Importantes

Urgencias de peligro de muerte: 911

Médico principal

Nombre: _____ Especialidad: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
Horas: _____ E-mail: _____

Coordinador de atención médica

Nombre: _____ Especialidad: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
Horas: _____ E-mail: _____

Urgencias/Clínica de horario nocturno

Nombre: _____ Especialidad: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
Horas: _____ E-mail: _____

Hospital principal

Hospital: _____
No de identificación del niño: _____
No de teléfono de información: _____
No de teléfono del trabajador social: _____
No de teléfono de la sala de emergencia: _____
Dirección: _____

Hospital secundario

Hospital: _____
Nº de identificación del niño: _____
Nº de teléfono de información: _____
Nº de teléfono del trabajador social: _____
Nº de teléfono de la sala de emergencia: _____
Dirección: _____

Transporte especial

Agencia de transporte: _____
Persona de contacto: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

Agencia de transporte: _____
Persona de contacto: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

Contactos de emergencia

Vecino o niñera

Nombre:: _____ Teléfono: _____

Miembro de la familia

Nombre:: _____ Teléfono: _____

Trabajo

Nombre:: _____ Teléfono: _____

Escuela

Nombre:: _____ Teléfono: _____

Especialistas/Terapeutas/Personal de atención médica

Nombre: _____ Especialidad: _____
Clínica: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Nombre: _____ Especialidad: _____
Clínica: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Nombre: _____ Especialidad: _____
Clínica: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Nombre: _____ Especialidad: _____
Clínica: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Nombre: _____ Especialidad: _____
Clínica: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Organizaciones de la comunidad

Organización: _____ Servicios: _____
Clínica: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Organización: _____ Servicios: _____
Clínica: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Organización: _____ Servicios: _____
Clínica: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Suministros médicos

Proveedor: _____ Producto: _____
Contacto: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Proveedor: _____ Producto: _____
Contacto: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Farmacia

Farmacia: _____ Servicios: _____
Farmacéutico: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Farmacia: _____ Servicios: _____
Farmacéutico: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Farmacia: _____ Servicios: _____
Farmacéutico: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Farmacia: _____ Servicios: _____
Farmacéutico: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Farmacia: _____ Servicios: _____
Farmacéutico: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Farmacia: _____ Servicios: _____
Farmacéutico: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Horas: _____ E-mail: _____
Dirección: _____

Centro regional

Centro regional: _____ Teléfono: _____

Fax: _____ Horas: _____

Dirección: _____

Contacto/Posición: _____ Extensión: _____

Contacto/Posición: _____ Extensión: _____

Contacto/Posición: _____ Extensión: _____

Centro de recursos familiares

Centro regional: _____ Teléfono: _____

Fax: _____ Horas: _____

Dirección: _____

Contacto/Posición: _____ Extensión: _____

Contacto/Posición: _____ Extensión: _____

Contacto/Posición: _____ Extensión: _____

Servicios para niños de California (CCS)

Recepción de relaciones médico/paciente: 1 800 288-4584

Nº de CCS: _____

Fax: _____ Horas: _____

Dirección: _____

Contacto/Posición: _____ Extensión: _____

Contacto/Posición: _____ Extensión: _____

Contacto/Posición: _____ Extensión: _____