

INSS / CENTRO MÉDICO: _____

INFORME MÉDICO / MEDICAL REPORT

Datos Identificativos del Paciente / Patient Identification Data:

Nombre / Name :		
Apellidos / Last Name :		
DNI / Identity Card :		
Fecha Nacimiento / Birth Date:		
Dirección / Adress :		
Teléfono / Contact Phone :		

Enfermedad, tratamiento y relación de medicación y accesorios médicos que el paciente debe llevar consigo: / Disease, treatment and relationship of medication and medical accessories that the patient should take with him/her:

Enfermedad / Disease :	Diabético Tipo I	Diabetic Type I
Tratamiento / Treatment :	Inyecciones insulina / Bomba Insulina	Insulin Injections / Insuline Pump
Medicación / Medication :	Viales Insulina y Plumas Insulina	Insuline Bottles and Insuline Injectors
Accesorios Médicos / Medical Accessories :	Jeringuillas, Agujas, Plumas Insulina, Bomba Insulina con sus Accesorios, Glucómetro, Lancetas, Pinchador, Material Desinfección.	Syringes, Needles, Insulin Pens, Insulin pump and accessories, Meter and accessories, Lancets. Pricker, Disinfection Material
Otras consideraciones / Other Considerations :	El paciente debe llevar consigo agua, líquidos azucarados y zumos.	The patient should carry water, juices and sugary liquids.

Nombre de los medicamentos: / Medication Name:

Firma y Sello del Médico / Doctor Seal and Sign:

Nombre / Name:

Centro Médico / Medical Center:

Teléfono Contacto / Contact Telephone:

Fecha / Date: