

TARJETA DE EMERGENCIA PARA PACIENTE EN DIÁLISIS

SOY UN PACIENTE EN DIÁLISIS

Nombre: _____

Dirección del Hogar: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Días de Tratamiento: Lunes/Miércoles/Viernes Hora de Tratamiento: _____
 Martes/Jueves/Sábado

MI CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación a mi: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Dirección del Hogar: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____



**Quality
Insights**
Renal Network 3

**Comuníquese con Quality Insights Renal Network 3 al 888-877-8400 para
obtener asistencia si no puede comunicarse con su unidad de diálisis.**

INFORMACION DE MI CENTRO DE DIALISIS

Nombre: _____

Dirección Física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Persona de Contacto de Emergencia en la Unidad: _____

Gerente de la Unidad: _____ Ext. _____

Trabajador Social: _____ Ext. _____

Nefrólogo: _____ Teléfono de Oficina: _____

Cuando los desastres impactan, puede que no haiga disponible ayuda inmediata. ¡Usted debe prepararse!

Sugerencias para su 'go bag':

- Copias de documentos importantes en bolsa impermeable
- Lápiz y papel
- Llaves adicionales para su auto y hogar
- Tarjetas de crédito y ATM al igual que dinero en efectivo
- Agua embotellada y comidas no perecederos tales como las barras de granola
- Linterna
- Radio AM/FM de baterías y baterías de repuesto
- Lista de medicamentos, porque los toma, y la dosis
- Kit de primeros auxilios
- Información de contacto y lugar de encuentro para miembros del hogar
- Ropa y zapatos apropiados
- Prescripción de su tratamiento de diálisis
- Lista de su dieta para tres días