THẺ KHẨN CẤP GẮN TRÊN BA LÔ CỦA TÔI

کارت کوله‌پشتی اضطراری من

Tên
Nombre _____

Năm sinh _____
Año de Nac.

Ngôn ngữ _____
Idiomas

Địa chỉ _____
Dirección

Dị ứng _____
Alergias

Thuốc _____
Medicamentos

Nhóm máu _____
Grupo sanguíneo

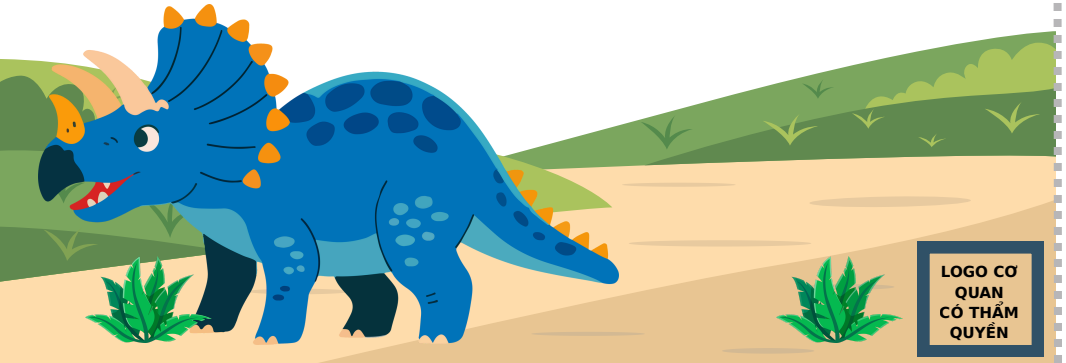
Bệnh viện ưu tiên _____
Hospital de Preferencia

Bệnh lý/Ghi chú _____
Condiciones/Notas

LIÊN HỆKHẨN CẤP CỦA TÔI / *Mí Contacto de Emergencia*

Tên
Nombre _____

Số Điện Thoại
Número de Teléfono _____



LOGO CƠ QUAN CÓ THẨM QUYỀN

THẺ KHẨN CẤP GẮN TRÊN BA LÔ CỦA TÔI

کارت کوله‌پشتی اضطراری من

☐ **Tôi có khuyết tật (ghi rõ):**
Tengo una discapacidad (especifique):

_____

☐ **Tôi bị điếc**
Sorda / Sordo

☐ **Tôi bị khiếm thị**
Soy Ciego/a

☐ **Tôi có vấn đề về hô hấp.**
Tengo problemas para respirar

☐ **Ống hít**
Inhalador

☐ **Tôi cần thiết bị hỗ trợ giao tiếp**
Necesito mi dispositivo de comunicación

☐ **Tôi cần hỗ trợ đi lại**
Necesito asistencia para caminar

☐ **Tôi không thể nói, nhưng tôi hiểu**
No soy verbal, pero entiendo

☐ **Tôi bị nhạy cảm về giác quan**
Tengo sensibilidades sensoriales

☐ **Tôi cần hỗ trợ dùng thuốc**
Necesito asistencia con mis medicinas

☐ **Tôi bị dị ứng**
Tengo una alergia

☐ **EpiPen**

☐ _____

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Chèn MãQR