MY EMERGENCY BACKPACK CARD

MI TARJETA DE EMERGENCIA PARA LA MOCHILA

Name _____
Nombre

Birth Year _____
Año de nacimiento

Languages _____
Idiomas

Address _____
Dirección

Allergies _____
Alergias

Medication _____
Medicamento

Blood Type _____
Tipo de sangre

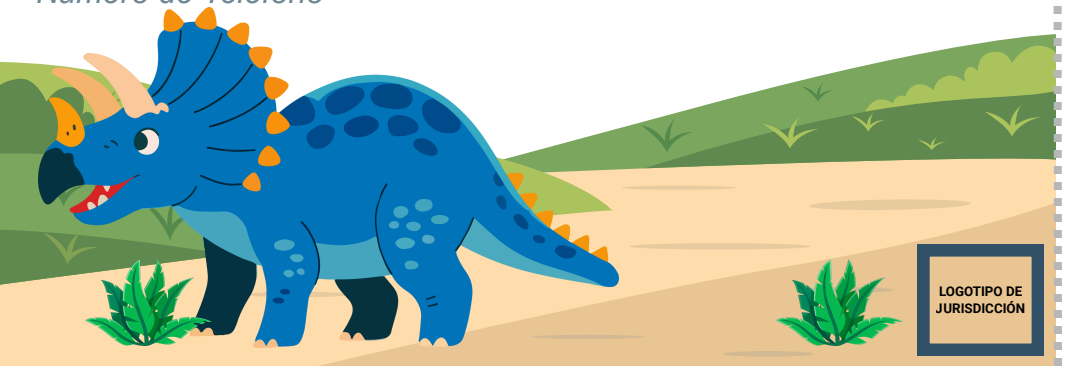
Preferred Hospital _____
Hospital preferido

Conditions/Notes _____
Afecciones/Notas

MY EMERGENCY CONTACT/ *Mi contacto de emergencia*

Name _____
Nombre

Telephone Number _____
Número de Teléfono



LOGOTIPO DE JURISDICCIÓN

MY EMERGENCY BACKPACK CARD

MI TARJETA DE EMERGENCIA PARA LA MOCHILA

- ☐ **I have a disability (specify):**
  Tengo una discapacidad (especifique):
  _____
- ☐ **I am Deaf**
  Soy sordo
- ☐ **I am blind**
  Soy ciego
- ☐ **I have breathing problems.**
  Tengo problemas respiratorios.
- ☐ **Inhaler**
  Inhalador
- ☐ **I need my communication device**
  Necesito mi dispositivo de comunicación
- ☐ **I need help walking**
  Necesito ayuda para caminar
- ☐ **I am non-verbal, but I understand**
  No hablo, pero entiendo
- ☐ **I have sensory sensitivities**
  Tengo sensibilidades sensoriales
- ☐ **I need help with my medication**
  Necesito ayuda con mi medicación
- ☐ **I have an allergy**
  Tengo alergia
- ☐ **EpiPen**
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Insertar código QR