

## MODELO DE INFORME MÉDICO/ MEDICAL REPORT MODEL

- Nombre y apellidos/Name and surname:

.....

- Fecha de nacimiento/Date of birth:

.....

- Tipo de enfermedad/Kind of Disease:

.....

- Fecha de diagnóstico/Date of diagnosis:

.....

- Complicaciones relacionadas con la enfermedad/Disease complications:

.....

- Otras enfermedades relevantes/Other relevant diseases:

.....

- Tratamiento habitual/Usual treatment:

MEDICACIÓN/MEDICATION	DOSIS/DOSE	REGIMEN/REGIMEN

- El paciente precisa transportar/The patient should carry:

NOMBRE/NAME

- Recomendaciones específicas/Specific recommendations:

.....

.....

.....

- Médico/Physician:

Dr./Dra.

Teléfono/Phone:

Firma/Signature: