Prótesis

Lentes de contacto: ☐ si ☐ no
Ojo de cristal: ☐ si ☐ no
Prótesis auditiva: ☐ si ☐ no
Prótesis dental: ☐ si ☐ no

Gafas: ☐ si ☐ no
Plantillas ortopédicas: ☐ si ☐ no
Otra prótesis: .....
.....

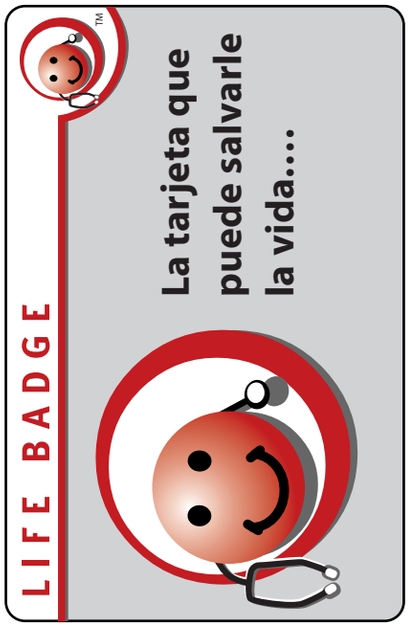
Sangre / Organos

Acepto una posible transfusión de derivados sanguineos: ☐ si ☐ no
En caso de muerte, acepto donar mis órganos: ☐ si ☐ no

Otros

Profesión: .....
.....

Datos complementarios: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Nota:

Para consultar su historial sólo necesita el nº de tarjeta (23 cifras) y puede consultarse en la lengua deseada.
Para actualizar o modificar sus respuestas "sanitarias" se requiere:
1. El nº de tarjeta (23 cifras)
2. La contraseña

Ref. ES02901

LIFE BADGE

Enhorabuena! Acaba usted de adquirir un historial de salud personal. Para rellenar la tarjeta Life Badge, conéctese a Internet y siga las indicaciones de las "Instrucciones de uso".
El cuestionario siguiente le ayudará.

Instrucciones De Uso

Coja la LIFE BADGE y rasque la zona gris situada abajo a la derecha para leer completamente su número personal.

Al iniciar cualquier ordenador conectado a Internet:

- Teclee **www.lifebadge.org** ↵
- Teclee las 23 cifras de su número en la zona destinada a este efecto. ↵
- Siga las instrucciones de pantalla.
- La contraseña solicitada (secreta) permite la introducción o la modificación de los datos personales "sanitarios".

Cada pregunta es opcional.
- Para pasar al título siguiente, haga clic sobre la pestaña del capítulo (ej.: alergias, ...)
- Cuando haya terminado, valide el trabajo haciendo clic sobre el icono guardar o sobre el icono guardar y salir.
- Guarde la tarjeta LIFE BADGE en su cartera cerca del DNI para facilitar el acceso en caso de necesidad.

Por razones de seguridad, se aconseja anotar su número de tarjeta aquí : .....-.....-.....-.....-.....- .....

Si teme olvidar su código secreto, escríbalo y manténgalo fuera del alcance de personas ajenas : .....

El cuestionario en papel le permitirá, de forma facultativa y antes de la codificación, responder tranquilamente, con o sin asistencia, al conjunto de informaciones "sanitarias".

Datos generales

Apellido: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Año de nacimiento: |_|_|_|_|
Nombre: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Sexo: ☐ F ☐ M
Nacionalidad o residencia: .....
Grupo sanguíneo: |O| |A| |B| |A|B| Rhesus: |+| |-|

Este cuestionario ha sido rellenado con la ayuda de un facultativo: ☐ oui ☐ non

Tel: 1ª persona de contacto: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Calidad: .....
Tel: 2ª persona de contacto: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Calidad: .....
Tel: 3ª persona de contacto: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Calidad: .....
Tel: 4ª persona de contacto: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Calidad: .....

Datos del seguro:
Compañía: ..... N de póliza: .....
Tel: ..... Tipo: .....
Compañía: ..... N de póliza: .....
Tel: ..... Tipo: .....

Alergias e Intolerancias

Aspirina: ☐ si ☐ no
Penicilinas: ☐ si ☐ no
Sulfamidas: ☐ si ☐ no
Anestésicos locales: ☐ si ☐ no
Látex: ☐ si ☐ no
Yodo: ☐ si ☐ no
Antiinflamatorios: ☐ si ☐ no
Insectos: ☐ si ☐ no

Productos de contraste: ☐ si ☐ no
Cortisona o derivados: ☐ si ☐ no
Fructosa: ☐ si ☐ no
Galactosa: ☐ si ☐ no
Gluten: ☐ si ☐ no
Otros: .....
.....
.....

Enfermedades Hereditarias

Hemofilia: ☐ si ☐ no
Porfiria: ☐ si ☐ no
Talasemia: ☐ si ☐ no
Otras: .....