

Medical Alert (da contattare per completare i dettagli di seguito)

Nome.....

Questo paziente è sotto la cura del Dr.

Informazioni di contatto:

.....
.....

In caso di malessere con uno qualsiasi dei sintomi di: ...

.....

Si prega di effettuare le seguenti prove:

Medicinali che questo paziente assumes (scrivere sotto o allegare copia della prescrizione):

.....
.....
.....
.....

Per ulteriori informazioni su questa condizione, visitare il sito Web:

.....