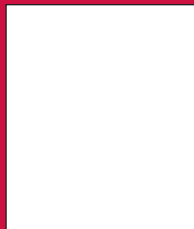


## TARJETA MÉDICA INTERNACIONAL DE LA FMH



El portador de esta tarjeta tiene un trastorno de la coagulación.

Él o ella podrían traer consigo equipo medico y/o medicamentos.

Por favor proporcionarle cualquier atención que sea necesaria.

## DATOS PERSONALES

Nombre:

---

Dirección:

---

---

Tel. casa:

---

Tel. ofna:

---

Correo electrónico:

---

## INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Diagnóstico:

---

Deficiencia/Nivel de factor:

---

Complicaciones:

---

---

Tratamiento:

---

---

Después de una lesión podrían necesitarse dosis repetidas.

**DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre:

Dirección:

Tel.:

Correo electrónico:

Médico/Centro de tratamiento:

Tel.:

**Por favor administrar tratamiento  
lo más pronto posible**

**No administrar inyecciones  
intramusculares**

**No administrar aspirina**

**TARJETA MÉDICA INTERNACIONAL**

FEDERACIÓN MUNDIAL DE  
**HEMOFILIA**  
WORLD FEDERATION OF HEMOPHILIA  
FÉDÉRATION MONDIALE DE L'HÉMOPHILIE  
**Tratamiento para todos**



**www.wfh.org**