**Acompañante Constante**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Nombre | Telefono | |  |  | |  |  | |  |  |   **Personal Nacional**   |  |  | | --- | --- | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |   **NUMERO DE TARJETA INTERNACIONAL SOS: XXX**  **EN CASO DE EMERGENCIA MEDICA**  SOS Internacional proporciona Seguro de Emergencia Médica para el personal internacional y dependientes. Aún si SOS no es requerido (o disponible) para propósitos de evacuación médica TIENE QUE SER CONTACTADO INMEDIATAMENTE si se espera que el gasto a ser reclamado después va a ser hecho (como UN u otros cargos por avión, hospitalización local o regional, etc). Llame este número :  001 + (215)-942-8226 situado en Filadelfia, USA  **Esté preparado para proporcionar:**   1. Número de membresía SOS - XXXX. 2. Nombre del paciente. 3. Descripción de la condición/situación del paciente. 4. El número del cuál usted está llamando. 5. Nombre, ubicación y teléfono de contacto donde el hospital/clínica donde el paciente es tratado. 6. Nombre, ubicación y teléfono de contacto del médico que está atendiendo.   **HOSPITALES LOCALES**  *Hospital de la Mujer: Tel 2555-1215*  *Hospitad de Diagnostico: Tel 2506-2000*  **EmergenciAs**  *Emergencias* (Policía, Ambulancia, Fuego) 911 | Acompañante Constante **CRS País**  **Actualizado la última vez: XXX**  **NUNCA DEJAR LA CASA SIN ESTO.**  **NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **INFORMACION MEDICA**  **VITAL (alergias etc): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Oficina de CRS País**  Direccion  **Oficina de CRS País:** XXXXX  **Representante País CRS País: XXXX**  Cel: XXXX Home: XXXXX  [XXX@crs.org](mailto:XXX@crs.org)  **DIRECTOR REGIONAL LACRO: XXXX**  Cel: XXXX Casa: XXXXX  XXXX@crs.org  **XXXX, Directora de Seguridad del Personal**  Cel: XXXX Oficina: XXXX  [XXXX@crs.org](mailto:XXXX@crs.org)  **XXXX, Vice-Presidenta Soporte en el Exterior** Cel: XXXX  Oficina: XXXX  [XXXX@crs.org](mailto:XXXX@crs.org)  **XXXX, EVP Operaciones en el Exterior**  Cel: XXXX  Oficina: XXXX  [XXXX@crs.org](mailto:XXXX@crs.org)  Carolyn Woo  Oficina: +1-410-234-3170 and/or +1 410 6625-2220  [Carolyn.Woo@crs.org](mailto:Carolyn.Woo@crs.org)  Embajada de USA en **País** Tel xxxxx |