

# THÔNG TIN LIÊN LẠC KHẨN CẤP



Công an: **113**



Cứu hỏa: **114**



Cấp cứu: **115**

## Bệnh viện gần nhất

Tên bệnh viện: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

## Bác sĩ/Phòng khám

Tên: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

## Nha sĩ/Phòng Nha

Tên: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

## Bảo hiểm y tế

Nơi đăng ký khám chữa bệnh: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

## Thông tin của bé

Họ và tên: \_\_\_\_\_

Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_\_

Cân nặng: \_\_\_\_\_ tính tới ngày \_\_\_\_\_

Tình trạng sức khỏe: \_\_\_\_\_

Dị ứng: \_\_\_\_\_

Ghi chú khác (những điều bé sợ, bé thích, lưu ý đặc biệt):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Thông tin ba mẹ

Tên ba: \_\_\_\_\_

Điện thoại cơ quan: \_\_\_\_\_

Di động: \_\_\_\_\_

Tên mẹ: \_\_\_\_\_

Điện thoại cơ quan: \_\_\_\_\_

Di động: \_\_\_\_\_

## Gia đình, bạn bè, hàng xóm

Tên: \_\_\_\_\_

Quan hệ với bé: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

Di động: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_

Quan hệ với bé: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

Di động: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_

Quan hệ với bé: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

Di động: \_\_\_\_\_

Tên: \_\_\_\_\_

Quan hệ với bé: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

Di động: \_\_\_\_\_

## Dịch vụ gia đình

(thợ ống nước, thợ điện, bác sĩ thú y...)

Công ty: \_\_\_\_\_

Tên người liên hệ: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

Công ty: \_\_\_\_\_

Tên người liên hệ: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_