

*Lleve esta tarjeta con Ud. siempre.*

**I have Diabetes. Please check my blood sugar before treating me.**

Mi Nombre (**Name**):

Mi Numero de Teléfono (**Phone**):

Nombre de mi Medico (**Doctor**):

Numero de Teléfono de mi Medico (**Doctor's Phone**):

Mis Medicamentos (**Medicines**):

---

---

---

*Lleve esta tarjeta con Ud. siempre.*

**I have Diabetes. Please check my blood sugar before treating me.**

Mi Nombre (**Name**):

Mi Numero de Teléfono (**Phone**):

Nombre de mi Medico (**Doctor**):

Numero de Teléfono de mi Medico (**Doctor's Phone**):

Mis Medicamentos (**Medicines**):

---

---

---

*Lleve esta tarjeta con Ud. siempre.*

**I have Diabetes. Please check my blood sugar before treating me.**

Mi Nombre (**Name**):

Mi Numero de Teléfono (**Phone**):

Nombre de mi Medico (**Doctor**):

Numero de Teléfono de mi Medico (**Doctor's Phone**):

Mis Medicamentos (**Medicines**):

---

---

---

*Lleve esta tarjeta con Ud. siempre.*

**I have Diabetes. Please check my blood sugar before treating me.**

Mi Nombre (**Name**):

Mi Numero de Teléfono (**Phone**):

Nombre de mi Medico (**Doctor**):

Numero de Teléfono de mi Medico (**Doctor's Phone**):

Mis Medicamentos (**Medicines**):

---

---

---

*Lleve esta tarjeta con Ud. siempre.*

**I have Diabetes. Please check my blood sugar before treating me.**

Mi Nombre (**Name**):

Mi Numero de Teléfono (**Phone**):

Nombre de mi Medico (**Doctor**):

Numero de Teléfono de mi Medico (**Doctor's Phone**):

Mis Medicamentos (**Medicines**):

---

---

---

*Lleve esta tarjeta con Ud. siempre.*

**I have Diabetes. Please check my blood sugar before treating me.**

Mi Nombre (**Name**):

Mi Numero de Teléfono (**Phone**):

Nombre de mi Medico (**Doctor**):

Numero de Teléfono de mi Medico (**Doctor's Phone**):

Mis Medicamentos (**Medicines**):

---

---

---

*Lleve esta tarjeta con Ud. siempre.*

**I have Diabetes. Please check my blood sugar before treating me.**

Mi Nombre (**Name**):

Mi Numero de Teléfono (**Phone**):

Nombre de mi Medico (**Doctor**):

Numero de Teléfono de mi Medico (**Doctor's Phone**):

Mis Medicamentos (**Medicines**):

---

---

---

*Lleve esta tarjeta con Ud. siempre.*

**I have Diabetes. Please check my blood sugar before treating me.**

Mi Nombre (**Name**):

Mi Numero de Teléfono (**Phone**):

Nombre de mi Medico (**Doctor**):

Numero de Teléfono de mi Medico (**Doctor's Phone**):

Mis Medicamentos (**Medicines**):

---

---

---