

Su nombre

Licencia de conducir

Número de teléfono

Dirección de casa

Familia

Dolor en el pecho

Convulsión

No puedo respirar

Mareado

Dolor de cabeza

Frio

Caliente

Comezón

Dolor

Fiebre

Quemante

Entumecido

Dolor de estómago

Vomitir

Diarrea

Diabetes

Alergia

Presión arterial

Débil

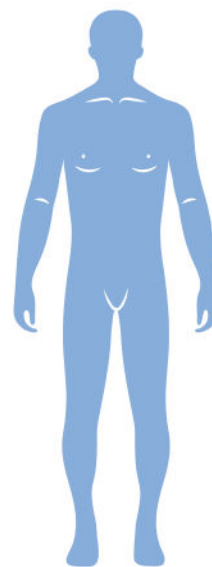
Detener

Minutos

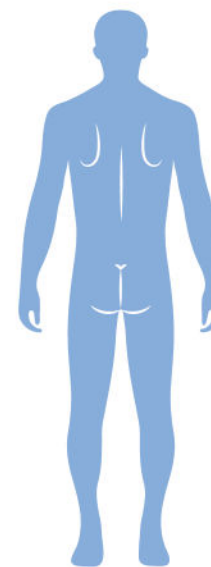
Horas

24 HORAS
Día+

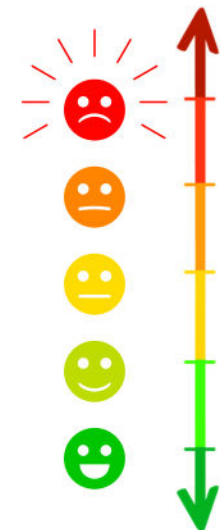
SUNDAY	MONDAY	TUESDAY	
domingo	lunes	martes	
WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY	SATURDAY
miércoles	jueves	viernes	sábado



Frente



Tras



Nivel de dolor

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

A B C D E F G

H I J K L M N

O P Q R S T U

V W X Y Z