

VIAL OF LIFE

www.projectcareSD.org



Information & Assistance
Información y Ayuda
1-800-339-4661

Updated On / versión actualizada:

____/____/____

Name/Nombre _____

Blind/ Ciego Deaf/ Sordo Alzheimer's Disease or Related Dementia/ Alzheimer u otra demencia

Address/ Dirección _____ City/Ciudad _____ Zip/Código Postal _____

Phone/Teléfono _____ Male/Hombre Female/Mujer Date of Birth/ Fecha de Nacimiento _____

Social Security # Last Four Digits/Número de Seguridad Social; Cuatro últimos dígitos _____

Medicare # (Last Four Digits)/Número de Medicare—Cuatro últimos números _____

Other Insurance/Otra aseguranza médica _____ Policy Number/ Numero de póliza _____

Do you have an Advance Health Care Directive?/¿Tiene Usted un Formulario Directivo Medico Anticipado? Yes/Si No

If yes, location / Si la respuesta es sí, ¿Dónde está? Agent/Quien Responsable _____ Tel#/Teléfono _____

Do you have a Do Not Resuscitate order?/Tiene usted un formulario de no resucitar? Yes/Si No

Registered with Sheriff's 'Take Me Home'?/ Está registrado con el programa "Take Me Home"? Yes/Si No

Emergency Contacts/Contacto de emergencia

Name/Nombre _____ Relationship/Relación _____ Tel# E-mail/Teléfono/Correo electrónico _____

Name/Nombre _____ Relationship/Relación _____ Tel# E-mail/Teléfono/Correo electrónico _____

Caregiver/Cuidador _____ Tel# /Teléfono _____

Clergy/Clérigo _____ Tel# /Teléfono _____

Pet's Information/Información de la Mascota- Name & Type/ Nombre e Tipo _____

Veterinarian/Veterinario _____ Tel# /Teléfono _____

Medical Information/Información de Médica

Primary Doctor/Doctor Primario _____ Tel# /Teléfono _____

Secondary Doctor/Doctor Secundario _____ Tel# /Teléfono _____

Hospital/Hospital _____ Tel# /Teléfono _____

Height/Estatura _____ Weight/Peso _____ Blood Type/Tipo de Sangre _____

Normal Blood Pressure/Presión Arterial Normal _____

Allergies to drugs or foods/Alegarías a medicamentos o alimentos _____

Please list any medical conditions that apply/Favor de marcar cada condición medica que aplica

(for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke / Por ejemplo: cardiaca, diabetes, hipertensión, derrame cerebral)

(Continued on other side / Continua en el otro lado)

Surgeries (type and date) / Cirugía (tipo y clase)

Do You/ Usted

Wear dentures?/¿Usa dentadura postiza?	Yes/Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Wear glasses?/¿Usa lentes?	Yes/Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Wear contacts?/¿Usa lentes de contacto?	Yes/Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Use oxygen?/¿usa oxigeno?	Yes/Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Wear hearing aids?/¿Usa audífonos?	Yes/Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Wheelchair?/¿usa silla de ruedas?	Yes/Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Other Important Emergency Information / Otra información importante de emergencia

Immunizations / Vacunas

Where do you keep your medications?/¿Dónde guarda sus medicamentos?

Medications/Medicamentos

(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

(Recetas médicas, Medicamentos Sin Receta, Vitaminas, Hierbas Medicinales)

Name/Nombre	Dose-Freq/Dosis-Frecuencia	Purpose/¿Para Que Es?
_____	_____	_____
Name/Nombre	Dose-Freq/Dosis-Frecuencia	Purpose/¿Para Que Es?
_____	_____	_____
Name/Nombre	Dose-Freq/Dosis-Frecuencia	Purpose/¿Para Que Es?
_____	_____	_____
Name/Nombre	Dose-Freq/Dosis-Frecuencia	Purpose/¿Para Que Es?
_____	_____	_____
Name/Nombre	Dose-Freq/Dosis-Frecuencia	Purpose/¿Para Que Es?
_____	_____	_____
Name/Nombre	Dose-Freq/Dosis-Frecuencia	Purpose/¿Para Que Es?
_____	_____	_____
Name/Nombre	Dose-Freq/Dosis-Frecuencia	Purpose/¿Para Que Es?
_____	_____	_____
Name/Nombre	Dose-Freq/Dosis-Frecuencia	Purpose/¿Para Que Es?
_____	_____	_____

**Please record all information in a manner easy to read by emergency medical personnel.
Por favor de registrar toda la información de una manera fácil de leer por personal médico de emergencia.**