VIAL OF LIFE - EMERGENCY MEDICAL INFORMATION

Please print clearly and update periodically for accuracy. Date Completed:

Basic Information

Full Name:_____

Address (Street, City, and Zip):_____

Date of Birth: _____Religion: _____

In Case of Emergency, Please notify: _____Relationship: _____

Phone: _____ Hospital Preference:_____

Identifying Information

Primary Language Spoken: _____ Other Language(s):_____

☐Male ☐Female ☐Other Height: _____ Weight:_____ Hair Color:_____ Eye Color:_____

☐Glasses ☐ Blind ☐ Hearing Aid ☐ Deaf ☐Speech difficulties ☐ Dentures _____

☐Artificial Limb/Prosthetic _____ Identifying Marks (i.e., birthmarks, tattoos, etc.):_____

Pacemaker/Defibrillator Model # _____ Blood type: _____

Normal Blood Pressure: _____/_____ ☐ Smoker ☐Non-Smoker

Medical History

Allergies to Medication(s): _____ ☐None

Primary Doctor's Name: _____ Phone #: _____

☐Asthma ☐Diabetes Insulin ☐yes ☐no ☐High Blood pressure ☐ Stroke ☐Deficits_____

☐Epilepsy/Seizures ☐On Blood thinners ☐yes ☐no ☐Other_____

Current Medications - *Attach & date a separate page for additional medications or to record updates

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐Advanced Directive Healthcare ☐Living Will ☐ Out of Hospital DNR ☐Organ Donor

VIAL DE VIDA - INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Escriba cláramente y actualice periódicamente para mayor precisión. Fecha de finalización:

Información Básica

Nombre Completo:_____

Dirección (calle, ciudad y código postal):_____

Fecha de Nacimiento: _____ Religión: _____

En caso de emergencia, por favor notifique: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Preferencia de hospitales:_____

Información Identificativa

Idioma principal hablado: _____ Otro Idioma(s):_____

☐Masculino ☐Femenina ☐Otro Estatura: _____ Peso:_____ Color de Pelo:_____Color de los ojos:_____

☐ Lentes ☐ Ciego(a) ☐ Aparato del oído ☐ Sordo(a) ☐ Dificultades del habla ☐ Dentadura _____

☐ Miembro artificial/prótesis _____ Marcas de identificación (marcas de nacimiento, tatuajes ,etc.):_____

Modelo de marcapasos/desfibrilador # _____ Tipo de sangre: _____

Presión arterial normal: _____/_____ ☐ Fumador(a) ☐No Fumador(a)

Historial Médico

Alergias a algún medicamento(s): _____ ☐Ninguno

Nombre del médico primario: _____ Teléfono: _____

☐Asma ☐Diabetes Insulina ☐sí ☐no ☐ Alta presión sanguínea ☐ Derrame ☐Desventaja_____

☐ Epilepsia/Convulsiones ☐ Toma Anticoagulantes ☐ sí ☐ no ☐Otro_____

Medicamentos Actuales -*Adjunte y feche una página separada para medicamentos adicionales o para registrar actualizaciones

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Directiva Anticipada para Atención Médica ☐ Testamento de vida ☐ Fuera del hospital DNR(no resucitar) ☐ Donante de órganos