

VIAL OF LIFE

(VIAL OF LIFE)



Información y asistencia

1-800-339-4661

Actualizado el

____ / ____ / ____

Nombre _____
(Name)

Ciego
(Blind)

Sordo
(Deaf)

Enfermedad de Alzheimer o demencia relacionada
(Alzheimer's Disease or Related Dementia)

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____
(Address) (City) (Zip code)

N.º de teléfono _____ Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____
(Phone #) (Male) (Female) (Date of Birth)

Número de seguro social (últimos cuatro dígitos) _____
(Social Security Number (last four digits))

Número de Medi-Cal (últimos cuatro dígitos) _____
(Medicare Number (last four digits))

Otro seguro _____ Número de póliza _____
(Other Insurance) (Policy Number)

¿Tiene una directiva anticipada de atención médica? Sí No
(Do you have an Advance Health Care Directive?) (Yes) (No)

Si respondió "Sí", indique la ubicación Agente N.º de teléfono
(If yes, location) (Agent) (Phone)

¿Tiene una "orden de no reanimar"? Sí No
(Do you have a 'Do Not Resuscitate Order?') (Yes) (No)

¿Está registrado en el programa "Lléveme a casa" ("Take Me Home") del alguacil? Sí No
(Registered with Sheriff's 'Take Me Home?') (Yes) (No)

Contactos de emergencia (EMERGENCY CONTACTS)

Nombre _____ (Name)	Relación _____ (Relationship)	N.º de teléfono y correo electrónico _____ (Phone #, E-mail)
------------------------	----------------------------------	---

Nombre _____ (Name)	Relación _____ (Relationship)	N.º de teléfono y correo electrónico _____ (Phone #, E-mail)
------------------------	----------------------------------	---

Cuidador _____ N.º de teléfono y correo electrónico _____
(Caregiver) (Phone #)

Clérigo _____ N.º de teléfono y correo electrónico _____
(Clergy) (Phone #)

Información sobre la mascota Nombre y tipo _____
(PET'S INFORMATION) (Name & Type)

Veterinario _____ N.º de teléfono _____
(Veterinarian) (Phone #)

Información médica

(MEDICAL INFORMATION)

Doctor principal _____ N.º de teléfono _____
(Primary Doctor) (Phone #)

Doctor secundario _____ N.º de teléfono _____
(Secondary Doctor) (Phone #)

Hospital _____ N.º de teléfono _____
(Hospital) (Phone #)

Altura _____ Peso _____ Grupo sanguíneo _____
(Height) (Weight) (Blood Type)

Presión arterial normal _____
(Normal Blood Pressure)

Alergias a medicamentos o alimentos _____
(Allergies to drugs or foods)

Enumere cualquier afección médica que corresponda (por ejemplo: cardíaca, diabetes, hipertensión, accidente cerebrovascular)
(Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)

Cirugías (tipo y fecha)
(Surgeries (type and date))

Usted...

(Do you?)

¿Usa dentadura? (Wear dentures?)	Sí <input type="checkbox"/> (Yes)	No <input type="checkbox"/> (No)	¿Usa anteojos? (Wear glasses?)	Sí <input type="checkbox"/> (Yes)	No <input type="checkbox"/> (No)
¿Usa lentes de contacto? (Wear contacts?)	Sí <input type="checkbox"/> (Yes)	No <input type="checkbox"/> (No)	¿Usa oxígeno de respaldo? (Use Oxygen?)	Sí <input type="checkbox"/> (Yes)	No <input type="checkbox"/> (No)
¿Usa audífonos? (Wear hearing aids?)	Sí <input type="checkbox"/> (Yes)	No <input type="checkbox"/> (No)	¿Usa silla de ruedas? (Wheelchair?)	Sí <input type="checkbox"/> (Yes)	No <input type="checkbox"/> (No)

Otra información de emergencia importante
(Other Important Emergency Information)

Vacunas
(Immunizations)

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

Medicamentos (MEDICATIONS)

(Recetas, medicamentos de venta libre, vitaminas, suplementos a base de hierbas)
(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

Nombre (Name)	Dosis y frecuencia de administración (Dose-Freq)	Objetivo (Purpose)
Nombre (Name)	Dosis y frecuencia de administración (Dose-Freq)	Objetivo (Purpose)
Nombre (Name)	Dosis y frecuencia de administración (Dose-Freq)	Objetivo (Purpose)
Nombre (Name)	Dosis y frecuencia de administración (Dose-Freq)	Objetivo (Purpose)
Nombre (Name)	Dosis y frecuencia de administración (Dose-Freq)	Objetivo (Purpose)
Nombre (Name)	Dosis y frecuencia de administración (Dose-Freq)	Objetivo (Purpose)
Nombre (Name)	Dosis y frecuencia de administración (Dose-Freq)	Objetivo (Purpose)
Nombre (Name)	Dosis y frecuencia de administración (Dose-Freq)	Objetivo (Purpose)
Nombre (Name)	Dosis y frecuencia de administración (Dose-Freq)	Objetivo (Purpose)
Nombre (Name)	Dosis y frecuencia de administración (Dose-Freq)	Objetivo (Purpose)

Registre toda la información de manera que al personal médico de emergencia le resulte fácil de leer.