

<p>VIAL OF LIFE</p> <p>VIAL De La VIDA</p> <p>www.projectcareSD.org</p>		<p>Information & Assistance</p> <p>Información y Ayuda</p> <p>1-800-510-2020</p> <p>Updated On / versión actualizada: _____</p>
---	---	--

Name/Nombre _____ Blind/Ciego Deaf/Sondo

Address/Dirección _____ City/Cuidad _____ 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 _____

Single/Soltero(a) Married/Casado(a) Divorced/Divorciado(a) Widowed/Viudo(a)

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

Other Insurance/Otra a seguridad medico _____ Numero de póliza _____

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

Registered with Sheriff's 'Take Me Home'/?¿Estás registrado con el programa "Lléveme a Casa"? Yes/Si No/No

Emergency Contacts/Contacto de emergencia

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

Clergy/Clérigo _____ Tel#/Teléfono _____

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

Veterinarian/Veterinario _____ Tel#/Teléfono _____

Medical Information/Información de Medico

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 comidos _____

Please list any medical conditions that apply/Favor de marcar cada condición medica que aplica
 (for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke / Por ejemplo: cardiaco, diabetes, hipertensión, embolia)

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

Do You / UstedWear dentures?/¿Usa Dentadura? Yes/Si No/NoWear glasses?/¿Usa Lentes? Yes/Si No/NoWear contacts?/¿Usa Lentes de contacto? Yes/Si No/NoUse Oxygen?/¿usa oxigeno? Yes/Si No/NoWear hearing aids?/¿Usa audifonos? Yes/Si No/NoWheelchair?/¿usa silla de ruedas? Yes/Si No/No**Other Important Emergency Information / Otra información importante de emergencia****Immunizations / Vacunas****Where do you keep your medications?/¿Dónde mantiene sus medicamentos?****Medications/Medicamentos**

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

(Prescripciones, Medicamento 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?

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.**