

VIAL OF LIFE VIAL DE VIDA

metrohealth.org/falls-prevention



Information & Assistance
Información y Asistencia
216-778-1093

Updated on:

Versión actualizada: / /

Name / Nombre _____ Blind / Ciego Deaf / Sordo

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

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

Social Security # Last Four Digits / Número de Seguridad Social; Últimos cuatro dígitos: _____

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

Medicare # (Last Four Digits) / Número de Medicare – Últimos cuatro números: _____

Other Insurance / Otro seguro medico _____ Policy Number / Numero de póliza: _____

Do you have an Advance Health Care Directive? / ¿Planificación anticipada de cuidados médicos? 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 una orden de no resucitar? Yes / Si No / No

Emergency Contacts / Contacto de emergencia

1. Name / Nombre _____ Relationship / Relación _____

Tel# / Teléfono _____ E-mail / Correo electrónico _____

2. Name / Nombre _____ Relationship / Relación _____

Tel# / Teléfono _____ E-mail / 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 / Alergias a medicamentos o alimentos: _____

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

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 cerebral)

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

Do You / Usted

Wear dentures? / ¿Usa dentadura? Yes / Si No / No Wear glasses? / ¿Usa lentes? Yes / Si No / No
Wear contacts? / ¿Usa lentes de contacto? Yes / Si No / No Use Oxygen? / ¿Usa oxígeno? Yes / Si No / No
Wear hearing aids? / ¿Usa audífonos? Yes / Si No / No Wheelchair? / ¿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?

Please record all information in a manner easy to read by emergency medical personnel. Please update periodically.

Por favor de registrar toda la información de una manera fácil de leer por personal médico de emergencia.

For additional copies visit / para copias adicional visita: metrohealth.org/falls-prevention