VIAL OF LIFE
(VIAL OF LIFE)

LIVE WELL SAN DIEGO
LIVEWELLSD.ORG

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

N.º de teléfono (Phone #) _____ Masculino (Male) ☐ Femenino (Female) ☐ Fecha de nacimiento (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 (Other Insurance) _____ Número de póliza (Policy Number) _____

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

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

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

¿Está registrado en el programa "Lléveme a casa" ("Take Me Home") del alguacil? (Registered with Sheriff's 'Take Me Home'?) Sí (Yes) ☐ No (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 (Caregiver) _____ N.º de teléfono y correo electrónico (Phone #) _____

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

Información sobre la mascota (PET'S INFORMATION)

Nombre y tipo (Name & Type) _____

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

Información médica (MEDICAL INFORMATION)

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

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

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

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

Presión arterial normal (Normal Bood 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 (Yes) ☐ No (No) ☐

¿Usa lentes de contacto? (Wear contacts?) Sí (Yes) ☐ No (No) ☐

¿Usa audífonos? (Wear hearing aids?) Sí (Yes) ☐ No (No) ☐

¿Usa anteojos? (Wear glasses?) Sí (Yes) ☐ No (No) ☐

¿Usa oxígeno de respaldo? (Use Oxygen?) Sí (Yes) ☐ No (No) ☐

¿Usa silla de ruedas? (Wheelchair?) Sí (Yes) ☐ No (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 Supplelments)

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.