VIAL OF LIFE
(VIAL OF LIFE)

LIVE WELL
샌디에고
LIVEWELLSD.ORG

정보 및 지원
1-800-339-4661
업데이트
____ / ____ / ____

이름 _____
(Name)

☐ 시각장애인 (Blind) ☐ 청각장애인 (Deaf) ☐ 알츠하이머병 또는 관련 치매 (Alzheimer's Disease or Related Dementia)

주소 _____ (Address) 시 _____ (City) 우편번호 _____ (Zip code)

전화번호 _____ (Phone #) 남성 ☐ (Male) 여성 ☐ (Female) 생년월일 _____ (Date of Birth)

사회보장번호(마지막 4자리) _____
(Social Security Number (last four digits))

Medicare 번호(마지막 4자리) _____
Medicare Number (last four digits))

기타 보험 _____ (Other Insurance) 정책 번호 _____ (Policy Number)

사전 의료 지시서가 있습니까? (Do you have an Advance Health Care Directive?) 예 ☐ (Yes) 아니요 ☐ (No)

예인 경우, 위치 (If yes, location) _____ 에이전트 (Agent) _____ 전화번호 (Phone) _____

"소생 금지 명령서"가 있습니까? (Do you have a 'Do Not Resuscitate Order'?) 예 ☐ (Yes) 아니요 ☐ (No)

Sheriff의 "Take Me Home"에 등록되었습니까? (Registered with Sheriff's 'Take Me Home'?) 예 ☐ (Yes) 아니요 ☐ (No)

비상 연락처 (EMERGENCY CONTACTS)

이름 (Name)	관계 (Relationship)	전화번호 및 이메일 (Phone #, E-mail)
이름 (Name)	관계 (Relationship)	전화번호 및 이메일 (Phone #, E-mail)

간병인 _____ (Caregiver) 전화번호 및 이메일 _____ (Phone #)

성직자 _____ (Clergy) 전화번호 및 이메일 _____ (Phone #)

애완 동물 정보
(PET'S INFORMATION)

이름 및 유형 _____ (Name & Type)

수의사 _____ (Veterinarian) 전화번호 _____ (Phone #)

의료 정보
(MEDICAL INFORMATION)

주치의 _____ (Primary Doctor) 전화번호 _____ (Phone #)

2차 의사 _____ (Secondary Doctor) 전화번호 _____ (Phone #)

병원 _____ (Hospital) 전화번호 _____ (Phone #)

키 _____ (Height) 몸무게 _____ (Weight) 혈액형 _____ (Blood Type)

정상 혈압 _____ (Normal Bood Pressure)

약이나 음식에 대한 알레르기 _____
(Allergies to drugs or foods)

적용되는 모든 의학적 상태를 기재하십시오(예: 심장병, 당뇨, 고혈압, 뇌졸중). _____
(Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)

수술 (유형 및 날짜)
(Surgeries (type and date))

귀하는
(Do you?)

틀니를 착용하십니까? (Wear dentures?)	예 (Yes) ☐	아니요 (No) ☐
콘텍트 렌즈를 착용하십니까? (Wear contacts?)	예 (Yes) ☐	아니요 (No) ☐
보청기를 착용하십니까? (Wear hearing aids?)	예 (Yes) ☐	아니요 (No) ☐
안경을 착용하십니까? (Wear glasses?)	예 (Yes) ☐	아니요 (No) ☐
산소를 사용하십니까? (Use Oxygen?)	예 (Yes) ☐	아니요 (No) ☐
휠체어를 사용하십니까? (Wheelchair?)	예 (Yes) ☐	아니요 (No) ☐

기타 중요한 비상 사태 정보
(Other Important Emergency Information)

예방접종
(Immunizations)

의약품을 어디에 보관하십니까?
(Where do you keep your medications?)

의약품 (MEDICATIONS)
(처방약, 비처방약, 비타민, 약초 보조제)
(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplelments)

이름 (Name)	복용량–빈도 (Dose-Freq)	목적 (Purpose)

응급 의료 담당자가 쉽게 읽을 수 있도록 모든 정보를 기록해 두십시오.