

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 (PET'S INFORMATION) Nombre y tipo _____
(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)

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