

VIAL NG BUHAY

(VIAL OF LIFE)



Impormasyon at Pagtulong

1-800-339-4661

Na-update noong

/ /

Pangalan _____
(Name)

☐ Bulag
(Blind)

☐ Bingi
(Deaf)

☐ Alzheimer's Disease o Kaugnay ng Dementia
(Alzheimer's Disease or Related Dementia)

Tirahan _____ Lungsod _____ Zip _____
(Address) (City) (Zip code)

Número ng telepono _____ Lalaki ☐ Babae ☐ Petsa ng Kapanganakan _____
(Phone #) (Male) (Female) (Date of Birth)

Social Security Number (huling apat na numero) _____
(Social Security Number (last four digits))

Medical Number (huling apat na numero) _____
Medicare Number (last four digits)

Iba pang insurance _____ Policy Number _____
(Other Insurance) (Policy Number)

Ikaw ba ay may Advance Care Directive? _____ Oo ☐ Wala ☐
(Do you have an Advance Health Care Directive?) (Yes) (No)

Kung oo, lokasyon _____ Ahente _____ Número ng telepono _____
(If yes, location) (Agent) (Phone)

Mayroon ka bang "Do Not Resuscitate Order" _____ Oo ☐ Wala ☐
(Do you have a "Do Not Resuscitate Order?") (Yes) (No)

Nakarehistro sa Sheriff na "Take Me Home"? _____ Oo ☐ Wala ☐
(Registered with Sheriff's "Take Me Home?") (Yes) (No)

Mga Contact kung Emergency (EMERGENCY CONTACTS)

Pangalan _____ Relasyon _____ Número ng telepono at E-mail _____
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

Pangalan _____ Relasyon _____ Número ng telepono at E-mail _____
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

Tagabigay ng pangangalaga _____ Número ng telepono at E-mail _____
(Caregiver) (Phone #)

Klerigo _____ Número ng telepono at E-mail _____
(Clergy) (Phone #)

Impormasyon ng alagang hayop _____ Pangalan at Uri _____
(PET'S INFORMATION) (Name & Type)

Beterinaryo _____ Número ng telepono _____
(Veterinarian) (Phone #)

Impormasyong Medikal (MEDICAL INFORMATION)

Pangunahing Doktor _____ Número ng telepono _____
(Primary Doctor) (Phone #)

Sekondaryang Doktor _____ Número ng telepono _____
(Secondary Doctor) (Phone #)

Ospital _____ Número ng telepono _____
(Hospital) (Phone #)

Taas _____ Timbang _____ Type ng Dugo _____
(Height) (Weight) (Blood Type)

Normal na Presyon ng Dugo _____
(Normal Blood Pressure)

Mga alerdyi sa gamot at pagkain _____
(Allergies to drugs or foods)

Mangyaring itala lahat ng problemang medikal na naangkop _____
(halimbawa: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)
(Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)

Mga Operasyon (uri at petsa)
(Surgeries (type and date))

Ikaw ba ay?
(Do you?)

Nagsusuot ng pustiso?
(Wear dentures?)

Oo ☐
(Yes)

Wala ☐
(No)

Nagsusuot ng contact lens?
(Wear contacts?)

Oo ☐
(Yes)

Wala ☐
(No)

Nagsusuot ng hearing aid?
(Wear hearing aids?)

Oo ☐
(Yes)

Wala ☐
(No)

Nagsusuot ng salamin sa mata?
(Wear glasses?)

Oo ☐
(Yes)

Wala ☐
(No)

Gumagamit ng Oxygen?
(Use Oxygen?)

Oo ☐
(Yes)

Wala ☐
(No)

Wheelchair?
(Wheelchair?)

Oo ☐
(Yes)

Wala ☐
(No)

Iba pang Mahahalagang Impormasyon kapag Emergency
(Other Important Emergency Information)

Mga Bakuna
(Immunizations)

Saan mo inilalagay ang mga gamot mo?
(Where do you keep your medications?)

Mga gamot (MEDICATIONS)
(Reseta, Over-the-counter na mga Gamot, Bitamina, Mga Herbal Supplemet)
(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

Pangalan (Name)	Dalas-ng-Pag-inom (Dose-Freq)	Layunin (Purpose)
Pangalan (Name)	Dalas-ng-Pag-inom (Dose-Freq)	Layunin (Purpose)
Pangalan (Name)	Dalas-ng-Pag-inom (Dose-Freq)	Layunin (Purpose)
Pangalan (Name)	Dalas-ng-Pag-inom (Dose-Freq)	Layunin (Purpose)
Pangalan (Name)	Dalas-ng-Pag-inom (Dose-Freq)	Layunin (Purpose)
Pangalan (Name)	Dalas-ng-Pag-inom (Dose-Freq)	Layunin (Purpose)
Pangalan (Name)	Dalas-ng-Pag-inom (Dose-Freq)	Layunin (Purpose)
Pangalan (Name)	Dalas-ng-Pag-inom (Dose-Freq)	Layunin (Purpose)
Pangalan (Name)	Dalas-ng-Pag-inom (Dose-Freq)	Layunin (Purpose)

Mangyaring itala lahat ang impormasyon sa paraan na madaling mabasa ng mga emergency medical personel.