

VIAL OF
(VIAL OF LIFE)



SỐNG KHỎE
SAN DIEGO
LIVEWELLSD.ORG



Thông tin & Hỗ trợ
1-800-339-4661

Ngày cập nhật

____ / ____ / ____

Tên _____
(Name)

Mù
(Blind)

Điếc
(Deaf)

Bệnh Alzheimer hoặc chứng sa sút trí tuệ có liên quan
(Alzheimer's Disease or Related Dementia)

Địa chỉ _____ Thành phố _____ Zip _____
(Address) (City) (Zip code)

Số điện thoại _____ Nam Nữ Ngày sinh _____
(Phone #) (Male) (Female) (Date of Birth)

Số An sinh Xã hội (bốn chữ số cuối) _____
(Social Security Number (last four digits))

Số Y tế (bốn chữ số cuối) _____
(Medicare Number (last four digits))

Bảo hiểm khác _____ Số hợp đồng _____
(Other Insurance) (Policy Number)

Quý vị có Chỉ thị Chăm sóc Sức khỏe Trước không? _____ Có Không
(Do you have an Advance Health Care Directive?) (Yes) (No)

Nếu có, vị trí _____ Đại lý _____ Số điện thoại _____
(If yes, location) (Agent) (Phone)

Quý vị có "Lệnh không hồi sức" không? _____ Có Không
(Do you have a "Do Not Resuscitate Order"?) (Yes) (No)

Quý vị đã đăng ký chương trình "Take Me Home" (Đưa tôi về nhà) của Sheriff chưa? _____ Có Không
(Registered with Sheriff's "Take Me Home"?) (Yes) (No)

Số liên hệ trong trường hợp khẩn cấp (EMERGENCY CONTACTS)

Tên _____ Mối quan hệ _____ Số điện thoại và E-mail _____
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

Tên _____ Mối quan hệ _____ Số điện thoại và E-mail _____
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

Người chăm sóc _____ Số điện thoại và E-mail _____
(Caregiver) (Phone #)

Giới tăng lữ _____ Số điện thoại và E-mail _____
(Clergy) (Phone #)

Thông tin về vật nuôi _____ Tên & Loại _____
(PET'S INFORMATION) (Name & Type)

Bác sĩ thú y _____ Số điện thoại _____
(Veterinarian) (Phone #)

Thông tin y tế
(MEDICAL INFORMATION)

Bác sĩ chính _____ Số điện thoại _____
(Primary Doctor) (Phone #)

Bác sĩ phụ _____ Số điện thoại _____
(Secondary Doctor) (Phone #)

Bệnh viện _____ Số điện thoại _____
(Hospital) (Phone #)

Chiều cao _____ Cân nặng _____ Nhóm máu _____
(Height) (Weight) (Blood Type)

Huyết áp bình thường _____
(Normal Blood Pressure)

Dị ứng với thuốc hoặc thực phẩm _____
(Allergies to drugs or foods)

Vui lòng liệt kê bất kỳ điều kiện y tế nào áp dụng (ví dụ: tim, tiểu đường, tăng huyết áp, đột quỵ) _____
(Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)

Phẫu thuật (loại và ngày tháng)
(Surgeries (type and date))

Quý vị có?
(Do you?)

Đeo răng giả?
(Wear dentures?)

Có
(Yes)

Không
(No)

Đeo kính?
(Wear glasses?)

Có
(Yes)

Không
(No)

Đeo kính áp tròng?
(Wear contacts?)

Có
(Yes)

Không
(No)

Sử dụng Oxy?
(Use Oxygen?)

Có
(Yes)

Không
(No)

Đeo máy trợ thính?
(Wear hearing aids?)

Có
(Yes)

Không
(No)

Xe lăn?
(Wheelchair?)

Có
(Yes)

Không
(No)

Thông tin khẩn cấp quan trọng khác
(Other Important Emergency Information)

Chích ngừa
(Immunizations)

Quý vị cất thuốc ở đâu?

(Where do you keep your medications?)

Thuốc (MEDICATIONS)

(Thuốc kê toa, Thuốc mua không theo đơn, Vitamin, Thuốc bổ từ thảo dược)
(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)

Vui lòng ghi lại tất cả thông tin theo cách nhân viên y tế khẩn cấp dễ đọc.
(Please record all information in a manner easy to read by emergency medical personnel.)