

VIAL OF LIFE VIAL De La VIDA www.projectcareSD.org	  	Information & Assistance Información y Ayuda 1-800-510-2020 Updated On / versión actualizada: _____/_____/_____
---	---	---

Name/Nombre _____ Blind/Ciego ☐ Deaf/Sondo ☐
 Address/Dirección _____ City/Cuidad _____ Zip/Código Postal _____
 Phone/Teléfono _____ Male/Hombre ☐ Female/Mujer ☐ Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____
 Social Security # Last Four Digits/Número de Seguridad Social; Cuatro últimos dígitos _____
 Single/Soltero(a) ☐ Married/Casado(a) ☐ Divorced/Divorciado(a) ☐ Widowed/Viudo(a) ☐
 Medicare # (Last Four Digits)/Número de Medicare—Cuatro últimos números _____
 Other Insurance/Otra a seguridad medico _____ Numero de póliza _____
 Do you have an Advance Health Care Directive?/¿Tiene Usted un Formulario Directivo Medico Anticipado? Yes/Si ☐ No/No ☐
 If yes, location / Si la respuesta es sí, ¿Dónde está? _____ Agent/Quien Responsable _____ Tel#/Teléfono _____
 Do you have a Do Not Resuscitate order?/¿Tiene usted un formulario de no resucitar? ☐ Yes/Si ☐ No/No
 Registered with Sheriff's 'Take Me Home'?/¿Estás registrado con el programa "Lléveme a Casa"? ☐ Yes/Si ☐ No/No

Emergency Contacts/Contacto de emergencia

Name/Nombre	Relationship/Relación	Tel# E-mail/Teléfono/Correo electrónico

Clergy/Clérigo _____ Tel#/Teléfono _____

Pet's Information/Información de la Mascota Name & Type/Nombre e Tipo _____

Veterinarian/Veterinario _____ Tel#/Teléfono _____

Medical Information/Información de Medico

Primary Doctor/Doctor Primario _____ Tel#/Teléfono _____

Secondary Doctor/Doctor Secundario _____ Tel#/Teléfono _____

Hospital/Hospital _____ Tel#/Teléfono _____

Height/Estatura _____ Weight/Peso _____

Blood Type/Tipo de Sangre _____ Normal Blood Pressure/Presión Arterial Normal _____

Allergies to drugs or foods/Alegarías a medicamentos o comidos _____

Please list any medical conditions that apply/Favor de marcar cada condición medica que aplica

(for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke / Por ejemplo: cardiaco, diabetes, hipertensión, embolia)

Surgeries (type and date) / Cirugía (tipo y clase)

(Continued on other side / Continua en el otro lado)

Do You / Usted

Wear dentures?/¿Usa Dentadura?

☐

Yes/Si

☐

No/No

Wear glasses?/¿Usa Lentes?

☐

Yes/Si

☐

No/No

Wear contacts?/¿Usa Lentes de contacto?

☐

Yes/Si

☐

No/No

Use Oxygen?/¿usa oxigeno?

☐

Yes/Si

☐

No/No

Wear hearing aids?/¿Usa audifonos?

☐

Yes/Si

☐

No/No

Wheelchair?/¿usa silla de ruedas?

☐

Yes/Si

☐

No/No

Other Important Emergency Information / Otra información importante de emergencia**Immunizations / Vacunas****Where do you keep your medications?/¿Dónde mantiene sus medicamentos?****Medications/Medicamentos**

(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

(Prescripciones, Medicamento Sin Receta, Vitaminas, Hierbas Medicinales)

Name/Nombre

Dose-Freq/Dosis-Frecuencia

Purpose/¿Para Que Es?

Name/Nombre

Dose-Freq/Dosis-Frecuencia

Purpose/¿Para Que Es?

Name/Nombre

Dose-Freq/Dosis-Frecuencia

Purpose/¿Para Que Es?

Name/Nombre

Dose-Freq/Dosis-Frecuencia

Purpose/¿Para Que Es?

Name/Nombre

Dose-Freq/Dosis-Frecuencia

Purpose/¿Para Que Es?

Name/Nombre

Dose-Freq/Dosis-Frecuencia

Purpose/¿Para Que Es?

Name/Nombre

Dose-Freq/Dosis-Frecuencia

Purpose/¿Para Que Es?

Name/Nombre

Dose-Freq/Dosis-Frecuencia

Purpose/¿Para Que Es?

Name/Nombre

Dose-Freq/Dosis-Frecuencia

Purpose/¿Para Que Es?

Name/Nombre

Dose-Freq/Dosis-Frecuencia

Purpose/¿Para Que Es?

Name/Nombre

Dose-Freq/Dosis-Frecuencia

Purpose/¿Para Que Es?

Please record all information in a manner easy to read by emergency medical personnel.**Por favor de registrar toda la información de una manera fácil de leer por personal médico de emergencia.**