

Name/Nombre _____ Blind/Ciego ☐ Deaf/Sordo ☐

Address/Dirección _____ City/Cuidad _____ Zip/Código Postal _____

Phone/Teléfono _____ Male/Hombre ☐ Female/Mujer ☐ Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____

Social Security # Last Four Digits / Cuatro últimos dígitos del número Seguro Social _____

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 seguro 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 es Responsable _____ Tel#/Teléfono _____

Do you have a Do Not Resuscitate order?/Tiene usted un formulario de no resucitar? ☐ Yes/Si ☐ No/NoRegistered 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 _____

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/alergias 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 postiza? ☐ 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 oxígeno ? ☐ Yes/Si ☐ No/
Wear hearing aids?/¿Usa audífonos? ☐ 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.**Favor de registrar toda la información de una manera fácil de leer para el personal médico de emergencia.**