

FILE OF LIFE



IN AN **EMERGENCY**,
"TAKE ME TO SAINT VINCENT."

EN UNA **EMERGENCIA**,
"LLÉVENME A SAINT VINCENT."

The following information can be helpful to your healthcare provider in case of an emergency.
La siguiente información puede ser útil para su proveedor de atención médica en caso de una emergencia.

Personal Information / Información Personal

Name / Nombre: _____

Address / Dirección: _____

Sex / Género: Male / Masculino Female / Femenino Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Emergency Contacts / Contactos de Emergencia

Name / Nombre: _____ Home Phone / Teléfono del Hogar: _____

Address / Dirección: _____

Relation / Parentesco: _____ Work Phone / Teléfono del Trabajo: _____

Name / Nombre: _____ Home Phone / Teléfono del Hogar: _____

Address / Dirección: _____

Relation / Parentesco: _____ Work Phone / Teléfono del Trabajo: _____

Medical Data / Datos Clínicos

Primary Dr / Médico Principal: _____ Phone / Teléfono: _____

Specialty Dr / Médico Especialista: _____ Phone / Teléfono: _____

Preferred Hospital: **Saint Vincent Hospital** Hospital Preferido: **Saint Vincent Hospital**

Blood Type / Tipo de Sangre: _____

Special Conditions / Recent Surgeries Condiciones Especiales / Cirugías Recientes: _____

Medications / Medicinas

Medication / Medicina: _____ Dosage / Dosis: _____ Frequency / Frecuencia: _____

Medications / Medicinas

Medication / Medicina: _____

Dosage / Dosis: _____

Frequency / Frecuencia: _____

Religion / Religión: _____

Living Will on file at / Testamento registrado en: _____

Healthcare Proxy on file at / Poder de atención médica registrado en: _____

Do you have an EMS-NO CPR Directive or a DNR Form?

¿Tienes una orden de no administrar primeros auxilios o no intentar resucitar?

Yes / Sí No

Where is it located? / ¿Dónde está localizada? _____

Medical Conditions / Condiciones Médicas

(Check all that exist / Marca todas las que apliquen)

No known medical conditions
Ninguna condición médica conocida

Cardiac Dysrhythmia
Arritmia Cardíaca

Eye Surgery
Cirugía Ocular

Hypoglycemia
Hipoglucemia

Seizure Disorder
Convulsiones

Abnormal EKG
Electrocardiograma Anormal

Cataracts
Cataratas

Glaucoma

Leukemia
Leucemia

Sickle Cell Anemia
Anemia de Células Falciformes

Adrenal Insufficiency
Insuficiencia Adrenal

Clotting Disorder
Problemas de Coagulación

Hearing Impaired
Discapacidad Auditiva

Lymphomas
Linfomas

Stroke
Derrame Cerebral

Angina
Angina de Pecho

Coronary Bypass Graft
Bai pás Coronario

Heart Valve Prosthesis
Prótesis de Válvulas Cardíacas

Memory Impaired
Problemas de Memoria

Tuberculosis
Tuberculosis

Asthma
Asma

Dementia
Demencia

Hemodialysis
Hemodiálisis

Myasthenia Gravis
Miastenia Gravis

Vision Impaired
Problemas de Visión

Bleeding Disorder
Desórdenes de Sangrado

Alzheimer's Disease
Enfermedad de Alzheimer

Hemolytic Anemia
Anemia Hemolítica

Pacemaker
Marcapasos

Other: _____
Otro: _____

Cancer
Cáncer

Diabetes/Insulin Dependent
Diabetes/Dependiente de la Insulina

Hepatitis-Type ()
Hepatitis Tipo ()

Renal Failure
Insuficiencia Renal

Hypertension
Hipertensión

Allergies / Alergias

Aspirin
Aspirina

Demerol
Demerol

Latex
Látex

Novocaine
Novocaína

Tetracycline
Tetraciclina

Environment: _____
Medio Ambiente: _____

Barbiturate
Barbitúricos

Horse Serum
Suero Equino

Lidocaine
Lidocaína

Penicillin
Penicilina

X-Rays Dyes
Contrastes para Rayos X

Other: _____

Codeine
Codeína

Insect Stings
Picadas de Insectos

Morphine
Morfina

Sulfa
Sulfa

No Known Allergies
Sin Alergias Conocidas

Otro: _____

Medical Insurance / Seguro Médico

Medical Insurance Company / Compañía de Seguro Médico: _____

Policy # / Número de Póliza: _____

Other Medical Insurance Company / Otra Compañía de Seguro Médico: _____

Policy # / Número de Póliza: _____

Medicaid # / Número de Medicaid: _____