|  |
| --- |
| **Name/** Nombre: |
| **Profile Information/ Información:** | Gender/género: | Height/altura: | Weight/peso: | Hair Color/ color del cabello: |
| Age/DOB/edad/fecha de nacimiento: | Language/Idioma: | Religion/ Religión: |
| Home Phone/ Teléfono casa: | Cell Phone/ Teléfono celular: |
| Physical Address/ Dirección de su casa: | Mailing (if different)/ Dirección de envio: |
| City, State, Zip/ Ciudad, Estado, Zip: |  |
| Email Address/Correo electrónico: |
| **Point of Contact** (not in the area, to contact if local phones are overloaded)/**Contacto (fuera del área)** para ayudar a un familiar en caso de emergencia: |
| Name/ Nombre: | Relationship/ Relación: | City,State/ Ciudad, Estado, Zip: |
| Main Phone/ teléfono principal: | Secondary Phone/ Teléfono secundario:  |
| Email Address/ Correo electrónico:  |
| **Other Emergency Contacts/ Otro contacto de emergencia:** |
| Name/ Nombre: | Relationship/ Relación: |
| Main Phone/ teléfono principal: | Secondary Phone/Teléfono secundario:  |
| Email Address/ Correo electrónico:  |
| Care Worker Company/ Nombre de la compañía: | Phone/Teléfono: |
| 1 Caregiver Name/ cuidador principal: | Phone/Teléfono: |
| 2 Caregiver Name/ cuidador secundario: | Phone/Teléfono: |
| **Medical Information- Doctor/Información médica- Médico** |  |
| Doctor (PCP)/ Médico: | Phone/Teléfono: |
| Doctor (Specialist)/ Médico (especialidad): | Phone/Teléfono: |
| Hospital: | Phone/Teléfono: |
| Insurance Co./ Compañía de seguro: | Phone/Teléfono: | Policy Number/# de póliza: |
| **POLST or Advanced Directive (goes with the person/patient, attach copy)** Check? Órdenes médicas sobre el tratamiento para mantener la vida (POLST) o Voluntades anticipadas (acompaña a la persona/paciente) ¿hecho?  |
| **Include a Current Medication List (See other side)** /Medicamentos que toma actualmente (lista en el reverso) Condiciones actuales o crónicas  |
| **Pets** (Attach a photo to help locate them if lost) **Mascotas** (Foto adjunta, Para identificarlos) **Pet’s Name/Mascotas Nombre**: |
| Kind/ Mascotas-Tipo: | Breed/Markings/ Raza o marcas: |
| Vet or Pet Sitter Phone/ o Cuidador  | Where would your pet go/hide in an emergency/¿Dónde podrían encontrarse en una emergencia? |

|  |
| --- |
| **Patient Name:** |
| Pharmacy: | Phone: |
| Blood Type: | Allergies:  |
|  |
| **Devices/Equipment**: Glasses, Hearing Aid, Walker/Cane, C-PAP Machine, Dentures/Bridge, Medical Alert |
| Current or Chronic Conditions: |
|  |
|  |  | **Condition** | **Prescribing Dr.** |
| Example: Aspirin | Tab. 81mg 1x/day | Strokes and Heart Attack | Dr. Who |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Additional Information:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |