

PRIOR TO FOLDING, CUT ALONG THE OUTER LINES.

PRIOR TO FOLDING, CUT ALONG THE OUTER LINES.

# INFO-4-LIFE EMERGENCY MEDICAL INFORMATION

## FRAME® El historial médico de emergencia

### MEDICAL DATA / LOS DATOS MÉDICOS

Please review at least every 6 months. (See bottom of form for more info.)\* / Por favor revise cada 6 meses. (Para más información, vea el final del formulario.)\*

UPDATED AS OF / Mantenido al corriente de — Month/Mes: Year/Año:

Name/Nombre		<input type="checkbox"/> FEMALE /Mujer
Address/Dirección		<input type="checkbox"/> MALE /Hombre
City & State/Ciudad y Estado		<input type="checkbox"/> DEAF / Sordo
Zip Code/Código postal:		<input type="checkbox"/> BLIND / Ciego
Phone/Teléfono:	Date of Birth/Fecha de nacimiento: / /	<input type="checkbox"/> PACEMAKER / Marcapasos
Height /Estatura:	Weight/Peso:	Eye color/Color de ojos:
		Hair color/Color de pelo:

Any identifying marks? / ¿Marcas de identificación?

PHOTO/Foto: Insert a recent photo of yourself into the frame (behind this folded form) / Ponga una foto reciente de usted mismo en el marco (detrás de este formulario doblado)

PET/Mascota (Dog, Cat / Perro, gato, etc.): Pet's Name / Nombre de mascota:

PREFERRED HOSPITAL/El hospital preferido: Blood Type / El tipo de sangre:

DOCTOR/Doctor: Phone/Teléfono:

### EMERGENCY CONTACTS / Contacto de emergencia

NAME / Nombre:	Relationship: / La relación:	Language: / Idioma:
Phone/ Teléfono: Home / fijo:	Cell / celular:	Work / de trabajo:
NAME / Nombre:	Relationship: / La relación:	Language: / Idioma:
Phone/ Teléfono: Home / fijo:	Cell / celular:	Work / de trabajo:

### MEDICAL HISTORY/El historial médico:

- Please check any medical conditions that apply/Favor de marcar cada condición médica que se aplica
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stroke / Ataque de apoplejía   | <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure / Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Angina / Angina             |
| <input type="checkbox"/> Cardiac / Cardíaco   | <input type="checkbox"/> GERD/Acid Reflux / Reflujo ácido                             | <input type="checkbox"/> Cancer / Cáncer             |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Diabetes  | <input type="checkbox"/> Renal Dialysis / Diálisis renal                              | <input type="checkbox"/> Hypertension / Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Asma  | <input type="checkbox"/> Seizure / Crisis epiléptica                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Chronic Obstructive Pulmonary Disease / Enfermedad de obstrucción pulmonar crónico |   |  |

Please list any recent surgeries or additional medical history below / Favor de hacer una lista de las cirugías recientes o historial médico adicional abajo:

### MEDICATIONS / Medicamentos:

Please list all medications below or include a printout from your pharmacist. / Favor de hacer una lista de todos los medicamentos abajo o incluya una copia impresa de su farmacéutico.

MEDICATION / Medicamento	DOSE / Dosis	FREQ. / Frecuencia	MEDICATION / Medicamento	DOSE / Dosis	FREQ. / Frecuencia

### ALLERGIES / Alergias:

Please list below any allergies to medications or food. / Favor de hacer una lista debajo de algunas alergias a medicamentos ó comidas.

### MEDICAL INSURANCE / Seguro médico:

Medicare # / Número de Medicare:	Medicaid # / Número de Medicaid:
Medical Insurance Co.: / Compañía de seguro médico:	Policy #: / Número de póliza:
Other Medical Insurance Co.: / Otra compañía de seguro médico:	Policy #: / Número de póliza:

### ADVANCED DIRECTIVES / Directivas anticipadas

Do you have a "DO NOT RESUSCITATE" form? / ¿Tiene usted un formulario de no resucitar?  Yes / Sí  No / No

If YES, where is it located? / Si sí, ¿dónde está el formulario?

\*For additional copies of this form, ask your "Info-4-Life" program sponsor, or visit [www.info-4-life.org](http://www.info-4-life.org) to easily fill out and print an update version directly from our website.

You may also contact us at email: [info@info-4-life.org](mailto:info@info-4-life.org) or write to us at Howard Packaging, P.O. Box 3609, Wayne, NJ 07474

\*Para recibir copias adicionales de este formulario, pregunte al patrocinador del programa, o visite [www.info-4-life.org](http://www.info-4-life.org) para llenar e imprimir una versión corriente directamente de nuestro sitio de internet.

Puede contactarnos por correo electrónico: [info@info-4-life.org](mailto:info@info-4-life.org) o escribimos a Howard Packaging, P.O. Box 3609, Wayne, NJ 07474

SECURE HOME!

¡SEGURO EN CASA!

© 2011 Howard Packaging Corp.

PRIOR TO FOLDING, CUT ALONG THE OUTER LINES.

PRIOR TO FOLDING, CUT ALONG THE OUTER LINES.

PRIOR TO FOLDING, CUT ALONG THE OUTER LINES.

PRIOR TO FOLDING, CUT ALONG THE OUTER LINES.

PRIOR TO FOLDING, CUT ALONG THE OUTER LINES.

PRIOR TO FOLDING, CUT ALONG THE OUTER LINES.