

# VIAL OF LIFE

www.projectcareSD.org



Information & Assistance  
Información y Ayuda  
**1-800-339-4661**

Updated On / versión actualizada: \_\_\_\_\_

Name/Nombre \_\_\_\_\_

Blind/ Ciego     Deaf/ Sordo     Alzheimer's Disease or Related Dementia/ Alzheimer u otra demencia

Address/ Dirección \_\_\_\_\_ City/Ciudad \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Medicare # (Last Four Digits)/Número de Medicare—Cuatro últimos números \_\_\_\_\_

Other Insurance/Otra aseguranza médica \_\_\_\_\_ Policy Number/ Numero de póliza \_\_\_\_\_

Do you have an Advance Health Care Directive?/¿Tiene Usted un Formulario Directivo Medico Anticipado? Yes/Si  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

Registered with Sheriff's 'Take Me Home'?/ Está registrado con el programa "Take Me Home"? Yes/Si  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 \_\_\_\_\_

Caregiver/Cuidador \_\_\_\_\_ Tel# /Teléfono \_\_\_\_\_

Clergy/Clérigo \_\_\_\_\_ Tel# /Teléfono \_\_\_\_\_

**Pet's Information/Información de la Mascota-** Name & Type/ Nombre e Tipo \_\_\_\_\_

Veterinarian/Veterinario \_\_\_\_\_ Tel# /Teléfono \_\_\_\_\_

## **Medical Information/Información de Médica**

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 alimentos \_\_\_\_\_

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

(for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke / Por ejemplo: cardiaca, diabetes, hipertensión, derrame cerebral)

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

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

---

---

**Do You/ Usted**

Wear dentures?/¿Usa dentadura postiza?	Yes/Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Wear glasses?/¿Usa lentes?	Yes/Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Wear contacts?/¿Usa lentes de contacto?	Yes/Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Use oxygen?/¿usa oxigeno?	Yes/Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Wear hearing aids?/¿Usa audífonos?	Yes/Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Wheelchair?/¿usa silla de ruedas?	Yes/Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**Other Important Emergency Information / Otra información importante de emergencia**

---

---

**Immunizations / Vacunas**

---

---

**Where do you keep your medications?/¿Dónde guarda sus medicamentos?**

---

---

**Medications/Medicamentos**

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

(Recetas médicas, Medicamentos 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?
_____	_____	_____

**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.**