



Vial of Life



Palm Beach County
Board of County Commissioners

1. Complete a separate information sheet for each member of the family.

Llene un formulario separado para cada miembro de la familia.

2. Place completed form(s) in plastic bag and attach to the refrigerator.

Coloque el formulario completo en una bolsa de plastico y pongalo en su refrigerador.

3. Update information if physicians and medications change. Record the date of each update on the last page.

Si su información cambia, registre los cambios. En la ultima pagina, mantenga las fechas de la ultima vez que hizo los cambios.

Please Print In English

Personal Health Information

Name:

Nombre: _____

Address:

Dirección: _____

Telephone:

Telefono: _____

Date of Birth:

Fecha de Nacimiento: _____

Physician's Names & Numbers:

Nombre y número de teléfono de sus médicos: _____

Major medical problems:

Problemas mayores de salud: _____

Current medications, including over-the-counter medications, vitamins, minerals, supplements and herbs:

Medicinas que está tomando, incluyendo medicinas sin recetas medicas, vitaminas, minerales, suplementos y hierbas: _____

Where are medications kept?

Donde guarda las medicinas? _____

Allergies:

Alergias: _____

Date of last tetanus booster:

Fecha de la ultima vacuna contra el tétanos: _____

Blood Type:

Tipo de sangre: _____

Please Print In English

Have you ever been treated for:

Alguna vez a recibida atención medica para alguna de estas enfermedades:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="radio"/> Alzheimer | <input type="radio"/> Anemia | <input type="radio"/> Angina | <input type="radio"/> Cancer |
| <input type="radio"/> Dementia
<i>Demencia</i> | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Dialysis
<i>Dialisis</i> | <input type="radio"/> Epilepsy
<i>Epilepsia</i> |
| <input type="radio"/> Glaucoma | <input type="radio"/> Heart Condition
<i>Condiciones del Carazon</i> | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> High Blood Pressure
<i>Alta Presio</i> |
| <input type="radio"/> HIV/AIDS
<i>VIH/SIDA</i> | <input type="radio"/> Infectious Disease
<i>fermedades Contagiosas</i> | <input type="radio"/> Pacemaker
<i>Marcapasos</i> | <input type="radio"/> Respiratory
<i>Respiratorio</i> |
| <input type="radio"/> Seizures
<i>Convulsiones</i> | <input type="radio"/> Sickle Cell
<i>Anemia Falciforme</i> | <input type="radio"/> Stroke
<i>Derame Cerebral</i> | <input type="radio"/> Tuberculosis |

Other:

Otro: _____

Insurance Information

Información de su seguro médico

Health Insurance Company:

Compañía de seguros de salud: _____

Telephone:

Teléfono: _____

Plan number:

Número de plan: _____

Medicare Number:

Numero de Medicare: _____

Medicaid Number:

Numero de Medicaid: _____

Do you have a living will?

NO

YES

Where?

Tiene un testamento?

Si

Donde? _____

Do you have a notarized Do No Resuscitate Order?

YES

NO

Tiene usted una Orden Notarizada de No Resucitar?

Si

Where?

Donde? _____

Are you an organ donor?

YES

NO

Es usted un donante de órganos?

Si

In Case Of Emergency Notify

En caso de una emergencia notifique a:

Name:

Nombre: _____

Relationship:

Relación: _____

Home Phone:

Telefono: _____

Cell Phone:

Work Phone:

Name:

Nombre: _____

Relationship:

Relación: _____

Home Phone:

Telefono: _____

Cell Phone:

Work Phone:

Dates Of Information Changes

Fechas de cambios de Información: _____