



SCHEMA INFORMATIVA IN CASO DI EMERGENZA CHIAMARE IL 911

Italian

INFORMAZIONI DI CONTATTO CONTACT INFORMATION

Nome _____ **Cognome** _____
(First Name) (Last Name)

Indirizzo _____ **Numero di appartamento** _____
(Address) (Apartment Number)

Città _____ **Codice postale** _____
(City) (Postal Code)

Telefono principale (____) _____ - _____ **Telefono alternativo** (____) _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Tessera sanitaria _____ - _____ - _____ **Data di nascita** ____ / ____ / ____
(Health Card) (Birth Date) giorno (day) mese (month) anno (year)

Lingua/e principale/i _____ **Sesso** ☐ M ☐ F
(Primary Language) (Gender) (M) (F)

☐ **Testamento di vita** **→ In archivio presso** _____
(Advanced Care Directive) (On file with)

Contatto di emergenza 1 _____
(Emergency Contact 1)

Telefono principale (____) _____ - _____ **Telefono alternativo** (____) _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Contatto di emergenza 2 _____
(Emergency Contact 2)

Telefono principale (____) _____ - _____ **Telefono alternativo** (____) _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Operatore sanitario di base _____
(Primary Care Provider)

Telefono (____) _____ - _____
(Phone)

ANAMNESI RILEVANTE RELEVANT MEDICAL HISTORY

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Problemi cardiaci (angina, attacco cardiaco)
(Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker)) | ☐ Diabete IDDM/NIDDM
(Diabetic (insulin / non insulin dependant)) | ☐ Cancro
(Cancer) |
| ☐ Ictus/TIA
(Stroke/TIA) | ☐ BPCO (enfisema, bronchite)
(COPD (emphysema, bronchitis)) | ☐ Alzheimer
(Alzheimer) |
| ☐ Ipertensione (alta pressione sanguigna)
(Hypertension (high blood pressure)) | ☐ Crisi epilettica (convulsioni)
(Seizure (convulsions)) | ☐ Demenza
(Dementia) |
| ☐ Insufficienza cardiaca congestizia
(Congestive heart failure) | ☐ Asma
(Asthma) | ☐ Problemi psichiatrici
(Psychiatric) |

Altro _____
(Other)

MEDICINE MEDICATIONS

1) _____	6) _____	11) _____
2) _____	7) _____	12) _____
3) _____	8) _____	13) _____
4) _____	9) _____	14) _____
5) _____	10) _____	15) _____

ALLERGIE A MEDICINALI MEDICAL ALLERGIES

☐ Nessuna allergia nota (No Known Allergies)	☐ Penicillina (Penicillin)	☐ Aspirina (ASA)	☐ Sulfamidici (Sulpha)	☐ Codeina (Codeine)
Altro _____ (Other)				

CONSIDERAZIONI PARTICOLARI SPECIAL CONSIDERATIONS

Infezione contagiosa / Malattia _____
(Communicable Infection / Disease)

Altro _____
(Other)

Affiliazione Ospedale _____ ➔ ☐ **Anamnesi estesa**
(Hospital affiliation) (Extensive history)

☐ **Cure specialistiche** (Dialisi, neuro, ecc.) _____
(Specialty (dialysis, neuro, etc.))

DEFICIT MOTORIO / SENSORIALE MOBILITY / SENSORY

☐ Dentiera (Dentures)	☐ Problemi di vista (disabilità / occhiali) (Visual (impairment / glasses / blind))	☐ Problemi di udito (disabilità / protesi) (Hearing (impairment / aid / deaf))
☐ Problemi motori (bastone / sedia a rotelle / deambulatore / scooter motorizzato / arto protesico) (Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))		

CONTATTI PER LA CURA DEGLI ANIMALI DOMESTICI PET CARE CONTACTS

Contatto 1 _____ (Contact 1)	Telefono (____) _____ - _____ (Phone)
Contatto 2 _____ (Contact 2)	Telefono (____) _____ - _____ (Phone)
Elenco degli animali domestici e istruzioni per la cura degli animali domestici _____ (List of pets and pet care instructions)	

Compilata da _____ **Data** _____ / _____ / _____
(Completed by) (Date) **giorno** **mese** **anno**
(day) (month) (year)