



FICHA DE INFORMAÇÕES EM CASO DE EMERGÊNCIA LIGUE 911

Portuguese

DADOS DE CONTACTO CONTACT INFORMATION

Nome (First Name) _____ **Nome de Família** (Last Name) _____

Morada (Address) _____ **N.º (prédio, andar)** (Apartment Number) _____

Cidade (City) _____ **Código Postal** (Postal Code) _____

Tel. Princ. (Main Phone) () - _____ **Tel. Altern.** (Alt. Phone) () - _____

Cartão de Saúde (Health Card) - - - - - **Data de Nasc.** (Birth Date) / /
dia (day) mês (month) anos (year)

Língua(s) Preferida(s) (Primary Language) _____ **Sexo** (Gender) ☐ M (M) ☐ F (F)

☐ **Diretiva Antecipada de Vontade** (Advanced Care Directive) → **Arquivada com** (On file with) _____

Contacto de Emergência 1 (Emergency Contact 1) _____

Tel. Princ. (Main Phone) () - _____ **Tel. Altern.** (Alt. Phone) () - _____

Contacto de Emergência 2 (Emergency Contact 2) _____

Tel. Princ. (Main Phone) () - _____ **Tel. Altern.** (Alt. Phone) () - _____

Médico Primário (Primary Care Provider) _____

Tel. (Phone) () - _____

HISTORIAL CLÍNICO RELEVANTE RELEVANT MEDICAL HISTORY

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Doenças cardíacas (angina, ataque, bypass, marcapasso)
(Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker)) | ☐ Diabetes (IDDM/NIDDM)
(Diabetic (insulin / non insulin dependant)) | ☐ Cancro
(Cancer) |
| ☐ AVC/AIT (Derrame cerebral)
(Stroke/TIA) | ☐ DPOC (enfisema, bronquite)
(COPD (emphysema, bronchitis)) | ☐ Alzheimer
(Alzheimer) |
| ☐ Hipertensão (pressão arterial elevada)
(Hypertension (high blood pressure)) | ☐ Convulsões
(Seizure (convulsions)) | ☐ Demência
(Dementia) |
| ☐ Insuficiência cardíaca congestiva
(Congestive heart failure) | ☐ Asma
(Asthma) | ☐ Foro psiquiátrico
(Psychiatric) |

Outros (Other) _____

MEDICAÇÕES MEDICATIONS

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

MEDICAÇÕES MEDICAL ALLERGIES

☐ **Não existem alergias conhecidas**
 ☐ **Penicilina**
 ☐ **Aspirina**
 ☐ **Sulfa**
 ☐ **Codeína**
 (No Known Allergies) (Penicillin) (ASA) (Sulpha) (Codeine)

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS SPECIAL CONSIDERATIONS

Infeção / Doença Transmissível
(Communicable Infection / Disease)

Outra
(Other)

Filiação Hospital
(Hospital affiliation)

☐ Especialidade (Dialysis, neuro, etc.)
(Specialty (dialysis, neuro, etc.))

→ ☐ Historial exaustivo,
(Extensive history)

MOBILIDADE / SENSORIAL MOBILITY / SENSORIAL

☐ **Dentaduras** (Dentures) ☐ **Visual** (deficiência / óculos / cegueira) (Visual (impairment / glasses / blind)) ☐ **Audição** (deficiência / aparelho / surdez) (Hearing (impairment / aid / deaf))

☐ **Equipamentos de mobilidade** (canianas / cadeira de rodas / andarilho / motorizada / prótese) (Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))

CONTACTOS DE CUIDADOS PARA ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO PET CARE CONTACTS

Contacto 1 (Contact 1)	_____	Tel. (_____) _____ - _____
Contacto 2 (Contact 2)	_____	Tel. (_____) _____ - _____
Lista de animais de estimação e instruções de cuidados para animais de estimação (List of pets and pet care instructions)		

Preenchido por _____ **Data** ____ / ____ / ____
 (Completed by) (Date) (dia) (mês) (anos)