



ਜਾਣਕਾਰੀ ਸ਼ੀਟ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਦੀ ਹਾਲਤ ਵਿਚ 911 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ

Punjabi

ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ CONTACT INFORMATION

ਨਾਂ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਭਾਗ _____ ਨਾਂ ਦਾ ਅੰਤਮ ਭਾਗ _____
(First Name) (Last Name)

ਪਤਾ _____ ਅਪਾਰਟਮੈਂਟ ਨੰਬਰ _____
(Address) (Apartment Number)

ਸ਼ਹਿਰ _____ ਡਾਕ ਕੋਡ _____
(City) (Postal Code)

ਢੁੱਲ ਫੋਨ _____ ਦੂਜਾ _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

ਹੈਲਥ ਕਾਰਡ _____ ਜਨਮ ਮਿਤੀ _____
(Health Card) (Birth Date) ਦਿਨ (day) ਮਹੀਨੇ (month) ਸਾਲ (year)

ਮੁੱਖ ਭਾਸ਼ਾ(ਵਾਂ) _____ ਲਿੰਗ ਪੁਰਸ਼ ਇਸਤਰੀ
(Primary Language) (Gender) (M) (F)

ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਰੇ ਅਗਾਊਂ ਨਿਰਦੇਸ਼ ➔ _____ ਕੋਲ ਫਾਈਲ ਵਿਚ
(Advanced Care Directive) (On file with)

ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੰਪਰਕ 1 _____
(Emergency Contact 1)

ਮੁੱਖ ਫੋਨ _____ ਦੂਜਾ ਫੋਨ _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੰਪਰਕ 2 _____
(Emergency Contact 2)

ਮੁੱਖ ਫੋਨ _____ ਦੂਜਾ ਫੋਨ _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

ਮੁਢਲਾ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾ _____
(Primary Care Provider)

ਫੋਨ _____
(Phone)

ਸਬੰਧਤ ਡਾਕਟਰੀ ਇਤਿਹਾਸ RELEVANT MEDICAL HISTORY

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ਦਿਲ ਦੇ ਰੋਗ (ਐਂਜਾਇਨਾ, ਹਾਰਟ ਅਟੈਕ, ਬਾਈਪਾਸ, ਪੇਸਮੇਕਰ)
(Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker)) | <input type="checkbox"/> ਡਾਇਬਟੀਜ਼ ਸਬੰਧੀ (ਇਨਸੂਲਿਨ / ਗੈਰ-ਇਨਸੂਲਿਨ ਨਿਰਭਰ)
(Diabetic (insulin / non insulin dependent)) | <input type="checkbox"/> ਕੈਂਸਰ
(Cancer) |
| <input type="checkbox"/> ਸਟ੍ਰੋਕ / TIA
(Stroke/TIA) | <input type="checkbox"/> COPD (ਐਮਫੀਸੇਮਾ, ਬ੍ਰੋਨਕਾਇਟਿਸ)
(COPD (emphysema, bronchitis)) | <input type="checkbox"/> ਅਲਜ਼ਾਇਮਰ
(Alzheimer) |
| <input type="checkbox"/> ਹਾਈਪਰ ਟੈਨਸ਼ਨ (ਉੱਚਾ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ)
(Hypertension (high blood pressure)) | <input type="checkbox"/> ਦੌਰੇ (ਕਤਵੱਲ)
(Seizure (convulsions)) | <input type="checkbox"/> ਡੀਮੈਂਸ਼ੀਆ (ਪਾਗਲਪਣ)
(Dementia) |
| <input type="checkbox"/> ਕੰਜੈਸਟਿਵ ਹਾਰਟ ਫੇਲਿਅਰ
(Congestive heart failure) | <input type="checkbox"/> ਦਮਾ
(Asthma) | <input type="checkbox"/> ਮਨੋਰੋਗੀ
(Psychiatric) |

ਕੋਈ ਹੋਰ _____
(Other)

ਦਵਾਈਆਂ MEDICATIONS

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

ਡਾਕਟਰੀ ਐਲਰਜੀਆਂ MEDICAL ALLERGIES

ਕਿਸੇ ਐਲਰਜੀ ਦਾ ਪਤਾ ਨਹੀਂ
(No Known Allergies)

ਪੈਨਿਸਿਲਿਨ
(Penicillin)

ASA (ਐਸਪੀਰੀਨ)
(ASA)

ਸਲਫਾ
(Sulpha)

ਕੋਡੀਨ
(Codeine)

ਕੋਈ ਹੋਰ _____
(Other)

ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਯੋਗ ਗੱਲਾਂ SPECIAL CONSIDERATIONS

ਛੂਤ ਵਾਲੀ ਲਾਗ/ ਬਿਮਾਰੀ _____
(Communicable Infection / Disease)

ਕੋਈ ਹੋਰ _____
(Other)

ਹਸਪਤਾਲ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧ _____ ਵਿਸਤਾਰ ਵਿੱਚ ਇਤਹਾਸ
(Hospital affiliation) (Extensive history)

ਸਪੈਸ਼ਲਟੀ (ਡਾਇਲਿਸਿਸ, ਨਿਊਰੋ ਆਦਿ) _____
(Specialty (dialysis, neuro, etc.))

ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ / ਸੰਵੇਦੀ MOBILITY / SENSORY

ਦੰਦ ਬੀੜ (ਨਕਲੀ ਦੰਦ)
(Dentures)

ਨਜ਼ਰ (ਵਿਕਾਰ / ਐਨਕ/ ਨੇਤਰਹੀਨ)
(Visual (impairment / glasses / blind))

ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ (ਵਿਕਾਰ/ਕੰਨਾਂ ਦੀ ਮਸ਼ੀਨ/ਡੋਰਾ)
(Hearing (impairment / aid / deaf))

ਤੁਰਨ-ਫਿਰਨ ਸਬੰਧੀ ਮੁੱਦੇ (ਸੋਟੀ/ ਵਹੀਲਚੇਅਰ/ਵਾਕਰ/ ਮੋਟਰੀਕ੍ਰਿਤ ਸਕੂਟਰ/ਨਕਲੀ ਅੰਗ)
(Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))

ਪਾਲਤੂ ਜਾਨਵਰ ਸੰਪਰਕ PET CARE CONTACTS

ਸੰਪਰਕ 1 _____ ਫੋਨ _____
(Contact 1) (Phone)

ਸੰਪਰਕ 2 _____ ਫੋਨ _____
(Contact 2) (Phone)

ਪਾਲਤੂ ਜਾਨਵਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਬਾਬਤ ਹਿਦਾਇਤਾਂ _____
(List of pets and pet care instructions)

ਕਿਸਨੇ ਭਰਿਆ _____ ਮਿਤੀ _____ / _____ / _____
(Completed by) (Date) ਮਹੀਨੇ (day) ਸਾਲ (month) ਦਿਨ (year)