



HOJA INFORMATIVA EN CASO DE EMERGENCIA LLAME AL 911

Spanish

INFORMACIÓN DE CONTACTO CONTACT INFORMATION

Nombre _____ **Apellido** _____
(First Name) (Last Name)

Dirección _____ **Número de departamento** _____
(Address) (Apartment Number)

Ciudad _____ **Código postal** _____
(City) (Postal Code)

N° de teléfono principal (_____) _____ - _____ **N° de teléfono alternativo** (_____) _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Tarjeta de salud _____ - _____ - _____ **Fecha de nacimiento** ____/____/____
(Health Card) (Birth Date) **día** (day) **mes** (month) **año** (year)

Idioma(s) principal(es) _____ **Sexo** ☐ M ☐ F
(Primary Language) (Gender) (M) (F)

☐ **Directiva de atención anticipada** **→ En archivo** _____
(Advanced Care Directive) (On file with)

Contacto de emergencia 1 _____
(Emergency Contact 1)

N° de teléfono principal (_____) _____ - _____ **N° de teléfono alternativo** (_____) _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Contacto de emergencia 2 _____
(Emergency Contact 2)

N° de teléfono principal (_____) _____ - _____ **N° de teléfono alternativo** (_____) _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Proveedor de atención primaria _____
(Primary Care Provider)

Teléfono (_____) _____ - _____
(Phone)

ANTECEDENTES MÉDICOS RELEVANTES RELEVANT MEDICAL HISTORY

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ EPOC (enfisema, bronquitis)
(COPD (emphysema, bronchitis)) | ☐ Diabéticos (dependiente/no dependiente de insulina)
(Diabetic (insulin / non insulin dependant)) | ☐ Cáncer
(Cancer) |
| ☐ Accidente cerebrovascular/AIT
(Stroke/TIA) | ☐ Cardíacos (angina de pecho, infarto de miocardio, bypass, marcapasos)
(Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker)) | ☐ Alzheimer
(Alzheimer) |
| ☐ Hipertensión (presión arterial alta)
(Hypertension (high blood pressure)) | ☐ Convulsiones
(Seizure (convulsions)) | ☐ Demencia
(Dementia) |
| ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
(Congestive heart failure) | ☐ Asma
(Asthma) | ☐ Psiquiátricos
(Psychiatric) |

Otros _____
(Other)

MEDICAMENTOS MEDICATIONS

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

ALERGIAS MÉDICAS MEDICAL ALLERGIES

☐ Sin alergias conocidas (No Known Allergies)	☐ Penicilina (Penicillin)	☐ ASA (Aspirina) (ASA)	☐ Sulfa (Sulpha)	☐ Codeína (Codeine)
Otros _____ (Other)				

CONSIDERACIONES ESPECIALES SPECIAL CONSIDERATIONS

Infección/enfermedad contagiosa _____
(Communicable Infection / Disease)

Otras _____
(Other)

Afiliación al hospital _____ ➔ ☐ **Antecedentes extensivos**
(Hospital affiliation) (Extensive history)

☐ **Especialidad** (diálisis, neuro, etc.) _____
(Specialty (dialysis, neuro, etc.))

MOVILIDAD/SENSORIAL MOBILITY / SENSORY

☐ Prótesis dentales (Dentures)	☐ Visual (deterioro/anteojos/ceguera) (Visual (impairment / glasses / blind))	☐ Audición (deterioro/audífonos/discapacidad de la audición) (Hearing (impairment / aid / deaf))
☐ Problemas de movilidad (bastón/silla de ruedas/caminador/vehículo motorizado/miembro ortopédico) (Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))		

CONTACTOS PARA EL CUIDADO DE MASCOTAS PET CARE CONTACTS

Contacto 1 _____ (Contact 1)	Teléfono (_____) _____ - _____ (Phone)
Contacto 2 _____ (Contact 2)	Teléfono (_____) _____ - _____ (Phone)
Lista de mascotas e instrucciones para el cuidado de mascotas _____ (List of pets and pet care instructions)	

Completado por _____ **Fecha** ____ / ____ / ____
(Completed by) (Date) día mes año
(day) (month) (year)