



برگه اطلاعات در شرایط اضطراری با شماره 911 تماس بگیرید

Farsi

اطلاعات تماس CONTACT INFORMATION

نام خانوادگی
(Last Name)

نام
(First Name)

شماره آپارتمان
(Apartment Number)

نشانی
(Address)

کد پستی
(City)

شهر
(Postal Code)

تلفن جایگزین
(Alt. Phone)

تلفن اصلی
(Main Phone)

تاریخ تولد
(Birth Date)
روز (day) ماه (month) سال (year)

کارت بهداشت
(Health Card)

جنسیت
(Gender)
☐ زن (F) ☐ مرد (M)

زبان (های) اصلی
(Primary Language)

در فایل با
(On file with)

☐ امه مراقبت پیشرفته
(Advanced Care Directive)

مخاطب اضطراری 1
(Emergency Contact 1)

تلفن جایگزین
(Alt. Phone)

تلفن اصلی
(Main Phone)

مخاطب اضطراری 2
(Emergency Contact 2)

تلفن جایگزین
(Alt. Phone)

تلفن اصلی
(Main Phone)

ارائه دهنده مراقبت اصلی
(Primary Care Provider)

تلفن
(Phone)

سابقه پزشکی مربوطه RELEVANT MEDICAL HISTORY

☐ قلب (آنژین صدری، حمله قلبی، بای پس، دستگاه تنظیم ضربان قلب)
(Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker))

☐ فشار خون (فشار خون بالا)
(Hypertension (high blood pressure))

☐ سرطان
(Cancer)

☐ سکته مغزی / حمله ایسکمی گذرا
(Stroke/TIA)

☐ نارسایی احتقانی قلب
(Congestive heart failure)

☐ آلزایمر
(Alzheimer)

☐ دیابت (وابسته به انسولین / غیر وابسته به انسولین)
(Diabetic (insulin / non insulin dependant))

☐ تشنج
(Seizure (convulsions))

☐ زوال عقل
(Dementia)

☐ بیماری انسداد ریوی مزمن (آمفیزم، برونشیت)
(COPD (emphysema, bronchitis))

☐ آسم
(Asthma)

☐ اعصاب و روان
(Psychiatric)

سایر موارد
(Other)

داروها MEDICATIONS

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

حساسیت به داروها MEDICAL ALLERGIES

☐ کدئین (Codeine)
 ☐ سولفا (Sulpha)
 ☐ آ.س.آ (اسپرین) (ASA)
 ☐ پنی سیلین (Penicillin)
 ☐ هیچ حساسیت شناخته شده ای وجود ندارد (No Known Allergies)

سایر موارد (Other) _____

ملاحظات ویژه SPECIAL CONSIDERATIONS

عفونت / بیماری واگیردار (Communicable Infection / Disease) _____
 سایر موارد (Other) _____
 قرارداد بیمارستان (Extensive history) _____
 تخصص (دیالیز، اعصاب و غیره) (Specialty (dialysis, neuro, etc)) _____

تاریخ گسترده (Hospital affiliation) _____ ← _____

حرکتی / حسی MOBILITY / SENSORY

☐ پروتز دندان (Dentures)
 ☐ بینایی (اختلال / عینک طبی / نابینا) (Visual (impairment / glasses / blind))
 ☐ شنوایی (اختلال / سمعک / ناشنوا) (Hearing (impairment / aid / deaf))

☐ مشکلات حرکتی (عصا / صندلی چرخ دار / واکر / اسکوتر موتوری / عضو مصنوعی) (Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))

مخاطبان مراقبت از حیوانات خانگی PET CARE CONTACTS

مخاطب 1 (Phone) _____ تلفن (Contact 1) _____
 مخاطب 2 (Phone) _____ تلفن (Contact 2) _____
 فهرست حیوانات خانگی و دستورالعمل های مراقبت از حیوانات خانگی (List of pets and pet care instructions) _____

تکمیل شده توسط _____ تاریخ _____
 (Date) (Completed by)

سال / ماه / روز
 (year) (month) (day)