



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)

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

ਹੈਲਥ ਕਾਰਡ _____ ਜਨਮ ਮਿਤੀ _____
(Health Card) (Birth Date)

ਮੁੱਖ ਭਾਸ਼ਾ(ਵਾਂ) _____ ਦਿਨ (day) ਮਹੀਨੇ (month) ਸਾਲ (year)
(Primary Language) ਲਿੰਗ (Gender) ☐ ਪੁਰਸ਼ (M) ☐ ਇਸਤਰੀ (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

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ ਦਿਲ ਦੇ ਰੋਗ (ਐਂਜਾਈਨਾ, ਹਾਰਟ ਅਟੈਕ, ਬਾਈਪਾਸ, ਪੇਸਮੇਕਰ)
(Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker)) | ☐ ਡਾਇਬਟੀਜ਼ ਸਬੰਧੀ (ਇਨਸੂਲਿਨ / ਗੈਰ-ਇਨਸੂਲਿਨ ਨਿਰਭਰ)
(Diabetic (insulin / non insulin dependant)) | ☐ ਕੈਂਸਰ
(Cancer) |
| ☐ ਸਟ੍ਰੋਕ / TIA
(Stroke/TIA) | ☐ COPD (ਐਮਫੀਸੀਮਾ, ਬ੍ਰੋਨਕਾਇਟਿਸ)
(COPD (emphysema, bronchitis)) | ☐ ਅਲਜ਼ਾਇਮਰ
(Alzheimer) |
| ☐ ਹਾਈਪਰ ਟੈਨਸ਼ਨ (ਉੱਚਾ ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ)
(Hypertension (high blood pressure)) | ☐ ਦੌਰੇ (ਕਤਵੱਲ)
(Seizure (convulsions)) | ☐ ਡੀਮੈਂਸੀਆ (ਪਾਗਲਪਣ)
(Dementia) |
| ☐ ਕੰਜੈਸਟਿਵ ਹਾਰਟ ਫੇਲਿਅਰ
(Congestive heart failure) | ☐ ਦਮਾ
(Asthma) | ☐ 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 (ਐਸਪਰੀਨ) (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 ਇਤਿਹਾਸ
 (Hospital affiliation) (Extensive history)
- ☐ ਸਪੈਸ਼ਲਟੀ (ਡਾਇਲਿਸਿਸ, ਨਿਊਰੋ ਆਦਿ) _____
 (Specialty (dialysis, neuro, etc.))

ਗਤੀਸ਼ੀਲਤਾ / ਸੰਵੇਦੀ MOBILITY / SENSORY

- ☐ ਦੰਦ ਬੀੜ (ਨਕਲੀ ਦੰਦ) ☐ ਨਜ਼ਰ (ਵਿਕਾਰ / ਐਨਕ / ਨੇਤਰਹੀਨ) ☐ ਸੁਣਨ ਸ਼ਕਤੀ (ਵਿਕਾਰ/ਕੰਨਾਂ ਦੀ ਮਸ਼ੀਨ/ਡੋਰਾ)
 (Dentures) (Visual (impairment / glasses / blind)) (Hearing (impairment / aid / deaf))
- ☐ ਤੁਰਨ-ਫਿਰਨ ਸਬੰਧੀ ਮੁੱਦੇ (ਸੇਟੀ/ ਵ੍ਹੀਲਚੇਅਰ/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) (day) (month) (year)