



ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЛИСТ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ЗВОНИТЕ 911

Russian

КОНТАКТНЫЕ СВЕДЕНИЯ CONTACT INFORMATION

Имя _____ **Фамилия** _____
(First Name) (Last Name)

Адрес _____ **Номер квартиры** _____
(Address) (Apartment Number)

Город _____ **Почтовый Индекс** _____
(City) (Postal Code)

Основной номер телефона (_____) - _____ **Дополнительный номер телефона** (_____) - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Медицинская карта _____ **Дата рождения** _____ / _____ / _____
(Health Card) (Birth Date) день (day) месяц (month) год (year)

Основной язык (языки) _____ **Пол** ☐ М ☐ Ж
(Primary Language) (Gender) (M) (F)

☐ **Дополнительные медицинские показания** ➔ **К карточке** _____
(Advanced Care Directive) (On file with)

Контактное лицо для экстренной связи 1 _____
(Emergency Contact 1)

Основной номер телефона (_____) - _____ **Дополнительный номер телефона** (_____) - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Контактное лицо для экстренной связи 2 _____
(Emergency Contact 2)

Основной номер телефона (_____) - _____ **Дополнительный номер телефона** (_____) - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

Основное медицинское учреждение _____
(Primary Care Provider)

Номер телефона (_____) - _____
(Phone)

ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИСТОРИИ RELEVANT MEDICAL HISTORY

☐ Сердце (стенокардия, сердечные приступы) (Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker))	☐ Диабет (инсулинозависимый/ инсулинезависимый) (Diabetic (insulin / non insulin dependant))	☐ Рак (Cancer)
☐ Приступы/микроинсульты (Stroke/TIA)	☐ Хроническое обструктивное заболевание легких (эмфизема, бронхит) (COPD (emphysema, bronchitis))	☐ Болезнь Альцгеймера (Alzheimer)
☐ Застойная сердечная недостаточность (Congestive heart failure)	☐ Эпилептические припадки (конвульсии) (Seizure (convulsions))	☐ Слабоумие (Dementia)
☐ Астма (Asthma)	☐ Гипертония (повышенное кровяное давление) (Hypertension (high blood pressure))	☐ Психиатрические заболевания (Psychiatric)
Другое _____ (Other)		

МЕДИКАМЕНТЫ MEDICATIONS

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

АЛЛЕРГИЯ НА ПРЕПАРАТЫ MEDICAL ALLERGIES

☐ Известные аллергические реакции отсутствуют
(No Known Allergies)

☐ Пенициллин
(Penicillin)

☐ Аспирин
(ASA)

☐ Сульфамидные препараты
(Sulpha)

☐ Кодеин
(Codeine)

Другое _____
(Other)

ОСОБЫЕ ДАННЫЕ SPECIAL CONSIDERATIONS

Заразное заболевание / инфекция _____
(Communicable Infection / Disease)

Другое _____
(Other)

Принадлежность клинике _____ → ☐ Длительная история
(Hospital affiliation) (Extensive history)

☐ Особенности (диализ, нейро и т.д.) _____
(Specialty (dialysis, neuro, etc.))

ПОДВИЖНОСТЬ / ЗРЕНИЕ MOBILITY / SENSORY

☐ Вставные зубы
(Dentures)

☐ Нарушения органов зрения (слабое зрение/ очки)
(Visual impairment / glasses / blind)

☐ Нарушения органов слуха (ослабленный слух/ устройство)
(Hearing impairment / aid / deaf)

☐ Проблемы с передвижением (трость / кресло-каталка / ходунки / электроскутер / протез конечности)
(Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))

КОНТАКТЫ С ДОМАШНИМИ ЖИВОТНЫМИ PET CARE CONTACTS

Контакт 1 _____ Номер телефона (_____) _____ - _____
(Contact 1) (Phone)

Контакт 2 _____ Номер телефона (_____) _____ - _____
(Contact 2) (Phone)

Перечень домашних животных и инструкции по уходу за домашними животными _____
(List of pets and pet care instructions)

Заполнил _____ Дата _____ / _____ / _____
(Completed by) (Date) день (day) месяц (month) год (year)