



ورقة المعلومات في حالة الطوارئ اتصل بالرقم 911

Arabic

معلومات الاتصال CONTACT INFORMATION

الاسم الأول (First Name)		اللقب/النسبة (Last Name)	
العنوان (Address)		رقم الشقة (Apartment Number)	
المدينة (City)		الرمز البريدي (Postal Code)	
رقم الهاتف الرئيسي (Main Phone)		رقم الهاتف البديل (Alt. Phone)	
البطاقة الصحية (Health Card)		تاريخ الميلاد (Birth Date)	
اللغة أو اللغات الرئيسية (Primary Language)		الجنس (Gender)	
تعليمات العناية المتقدمة (Advanced Care Directive)		مع أي ملف (On file with)	

رقم الاتصال 1 في حالة الطوارئ (Emergency Contact 1)	
رقم الهاتف الرئيسي (Main Phone)	رقم الهاتف البديل (Alt. Phone)
رقم الاتصال 2 في حالة الطوارئ (Emergency Contact 2)	
رقم الهاتف الرئيسي (Main Phone)	رقم الهاتف البديل (Alt. Phone)
مقدم الرعاية الأولية (Primary Care Provider)	
رقم الهاتف (Phone)	

التاريخ الطبي ذو الصلة RELEVANT MEDICAL HISTORY

☐ القلب (الذبحة الصدرية، النوبات القلبية، التليف، جهاز تنظيم ضربات القلب) (Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker))	☐ ارتفاع ضغط الدم (Hypertension (high blood pressure))	☐ السرطان (Cancer)
☐ السكتة الدماغية / TIA (الأزمة الدماغية العابرة) (Stroke/TIA)	☐ COPD (انتفاخ الرئة والتهاب الشعب الهوائية) (COPD (emphysema, bronchitis))	☐ مرض الزهايمر (Alzheimer)
☐ السكري (معتمد على الأنسولين / على غير الأنسولين) (Diabetic (insulin / non insulin dependant))	☐ الصرع (التشنجات) (Seizure (convulsions))	☐ العته (الخبيل) (Dementia)
☐ فشل القلب الاحتقاني (Congestive heart failure)	☐ الربو (Asthma)	☐ الطب النفسي (Psychiatric)
أخرى (Other)		

الأدوية MEDICATIONS

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

الحساسية الطبية MEDICAL ALLERGIES

☐ الكوديين (Codeine)
(Codeine)

☐ السلفا (Sulpha)
(Sulpha)

☐ ASA (الأسبرين) (ASA)
(ASA)

☐ بنسلين (Penicillin)
(Penicillin)

☐ حساسية غير معروفة (No Known Allergies)
(No Known Allergies)

أخرى (Other)
(Other)

اعتبارات خاصة SPECIAL CONSIDERATIONS

_____ الأمراض السارية / المعدية (Communicable Infection / Disease)
_____ أخرى (Other)
_____ الارتباط بالمستشفى (Extensive history)
_____ التاريخ الواسع للمريض (Hospital affiliation) ←
_____ التخصص (غسيل الكلى، العصبية، وغيرها) (Specialty (dialysis, neuro, etc))

التنقل / التحسس MOBILITY / SENSORY

☐ أطقم الأسنان (Dentures)
(Dentures)

☐ البصر (الإعاقة / النظارات / كفيف) (Visual (impairment / glasses / blind))
(Visual (impairment / glasses / blind))

☐ السمع (الإعاقة / سماعات أذن / أصم) (Hearing (impairment / aid / deaf))
(Hearing (impairment / aid / deaf))

☐ قضايا التنقل (عصا / كرسي متحرك / ووكر (تساعد على المشي) / سكوتر ذو محرك / أطراف اصطناعية) (Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))
(Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))

الاتصالات الخاصة برعاية الحيوانات الأليفة PET CARE CONTACTS

_____ رقم الاتصال 1 (Phone)
(Contact 1)
_____ رقم الهاتف
_____ رقم الاتصال 2 (Phone)
(Contact 2)
_____ رقم الهاتف
_____ قائمة الحيوانات الأليفة وتعليمات رعايتها (List of pets and pet care instructions)

اكتملت من قبل _____ التاريخ _____
(Completed by) (Date)
السنة / الشهر / اليوم
(year) (month) (day)