

FILE OF LIFE



A COMMUNITY BUILT ON CARE

IN AN **EMERGENCY**,
"TAKE ME TO METROWEST."

EN UNA **EMERGENCIA**,
"LLÉVENME A METROWEST."

The following information can be helpful to your healthcare provider in case of an emergency.
La siguiente información puede ser útil para su proveedor de atención médica en caso de una emergencia.

Personal Information / Información Personal

Name / Nombre: _____

Address / Dirección: _____

Sex / Género: Male / Masculino Female / Femenino Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

Emergency Contacts / Contactos de Emergencia

Name / Nombre: _____ Home Phone / Teléfono del Hogar: _____

Address / Dirección: _____

Relation / Parentesco: _____ Work Phone / Teléfono del Trabajo: _____

Name / Nombre: _____ Home Phone / Teléfono del Hogar: _____

Address / Dirección: _____

Relation / Parentesco: _____ Work Phone / Teléfono del Trabajo: _____

Medical Data / Datos Clínicos

Primary Dr / Médico Principal: _____ Phone / Teléfono: _____

Specialty Dr / Médico Especialista: _____ Phone / Teléfono: _____

Preferred Hospital: **MetroWest Medical Center** Hospital Preferido: **MetroWest Medical Center**

Blood Type / Tipo de Sangre: _____

Special Conditions / Recent Surgeries Condiciones Especiales / Cirugías Recientes: _____

Medications / Medicinas

Medication / Medicina: _____ Dosage / Dosis: _____ Frequency / Frecuencia: _____

Medications / Medicinas

Medication / Medicina:

Dosage / Dosis:

Frequency / Frecuencia:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Religion / Religión: _____

Living Will on file at / Testamento registrado en: _____

Healthcare Proxy on file at / Poder de atención médica registrado en: _____

Do you have an EMS-NO CPR Directive or a DNR Form?

¿Tienes una orden de no administrar primeros auxilios o no intentar resucitar?

Yes / Sí No

Where is it located? / ¿Dónde está localizada? _____

Medical Conditions / Condiciones Médicas

(Check all that exist / Marca todas las que apliquen)

- | | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> No known medical conditions
Ninguna condición médica conocida | <input type="checkbox"/> Cardiac Dysrhythmia
Arritmia Cardiaca | <input type="checkbox"/> Eye Surgery
Cirugía Ocular | <input type="checkbox"/> Hypoglycemia
Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder
Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Abnormal EKG
Electrocardiograma Anormal | <input type="checkbox"/> Cataracts
Cataratas | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Leukemia
Leucemia | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia
Anemia de Células Falciformes |
| <input type="checkbox"/> Adrenal Insufficiency
Insuficiencia Adrenal | <input type="checkbox"/> Clotting Disorder
Problemas de Coagulación | <input type="checkbox"/> Hearing Impaired
Discapacidad Auditiva | <input type="checkbox"/> Lymphomas
Linfomas | <input type="checkbox"/> Stroke
Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Angina
Angina de Pecho | <input type="checkbox"/> Coronary Bypass Graft
Bai pás Coronario | <input type="checkbox"/> Heart Valve Prosthesis
Prótesis de Válvulas Cardíacas | <input type="checkbox"/> Memory Impaired
Problemas de Memoria | <input type="checkbox"/> Tuberculosis
Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Asthma
Asma | <input type="checkbox"/> Dementia
Demencia | <input type="checkbox"/> Hemodialysis
Hemodiálisis | <input type="checkbox"/> Myasthenia Gravis
Miastenia Gravis | <input type="checkbox"/> Vision Impaired
Problemas de Visión |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder
Desórdenes de Sangrado | <input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease
Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Hemolytic Anemia
Anemia Hemolítica | <input type="checkbox"/> Pacemaker
Marcapasos | <input type="checkbox"/> Other: _____
Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer
Cáncer | <input type="checkbox"/> Diabetes/Insulin Dependent
Diabetes/Dependiente de la Insulina | <input type="checkbox"/> Hepatitis-Type ()
Hepatitis Tipo () | <input type="checkbox"/> Renal Failure
Insuficiencia Renal | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Hypertension
Hipertensión | | | |

Allergies / Alergias

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirin
Aspirina | <input type="checkbox"/> Demerol
Demerol | <input type="checkbox"/> Latex
Látex | <input type="checkbox"/> Novocaine
Novocaína | <input type="checkbox"/> Tetracycline
Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Environment: _____
Medio Ambiente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Barbiturate
Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Horse Serum
Suero Equino | <input type="checkbox"/> Lidocaine
Lidocaína | <input type="checkbox"/> Penicillin
Penicilina | <input type="checkbox"/> X-Rays Dyes
Contrastes para Rayos X | <input type="checkbox"/> Other: _____
Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Codeine
Codeína | <input type="checkbox"/> Insect Stings
Picadas de Insectos | <input type="checkbox"/> Morphine
Morfina | <input type="checkbox"/> Sulfa
Sulfa | <input type="checkbox"/> No Known Allergies
Sin Alergias Conocidas | _____ |

Medical Insurance / Seguro Médico

Medical Insurance Company / Compañía de Seguro Médico: _____

Policy # / Número de Póliza: _____

Other Medical Insurance Company / Otra Compañía de Seguro Médico: _____

Policy # / Número de Póliza: _____

Medicaid # / Número de Medicaid: _____