FILE OF LIFE

Fecha _____

Nota importante: Es responsabilidad del participante mantener actualizada la información del archivo. Por favor, utilice un lápiz.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre _____
Teléfono _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ CP _____
Género _____ Fecha de Nacimiento _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

1. Nombre _____
   Teléfono _____
   Domicilio _____
   Ciudad _____ Estado _____ CP _____
   Relación _____
2. Nombre _____
   Teléfono _____
   Domicilio _____
   Ciudad _____ Estado _____ CP _____
   Relación _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA _____
Teléfono _____
Otro Medico _____
Teléfono _____

SEGURO MÉDICO _____
_____
Seguro Suplementario _____

TIPO DE SANGRE _____

CONDICIONES MÉDICAS

- □ Ninguna afección conocida
- □ Angina
- □ Angioplastia
- □ Asma
- □ Trastorno Hemorrágico
- □ Cáncer
- □ Arritmia Cardíaca
- □ Cataratas
- □ Insuficiencia Cardiaca Congestiva
- □ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- □ Trastorno de Coagulación
- □ Injerto de Derivación Coronaria o Stent
- □ Demencia □ Alzheimers
- □ Diabetes/ Insulina Dependiente
- □ Cirugía Ocular
- □ Glaucoma
- □ Discapacitados Auditivos
- □ Prótesis de Válvula Cardíaca
- □ Hemodiálisis
- □ Anemia Hemolítica
- □ Hipertensión
- □ Hipoglucemia
- □ Desfibrilador Implantado
- □ Laringectomia
- □ Leucemia
- □ Marcapasos
- □ Insuficiencia Renal
- □ Trastorno Convulsivo
- □ Anemia Falciforme
- □ Derrame Cerebral
- □ Deficiencias Visuales
- □ Otro _____

CIRUGÍAS RECIENTES / FECHAS

CONDICIONES ESPECIALES / OBSERVACIONES

MEDICAMENTOS Farmacia y Teléfono _____

Condiciones Médicas	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Fecha Prescrita

ALERGIAS

- □ Sin Alergias Conocidas
- □ Aspirina
- □ Ibuprofeno/Motrin
- □ Barbitúrico
- □ Codeína
- □ Demerol
- □ Medioambiental
- □ Suero de Caballo
- □ Picaduras de Insectos
- □ Látex
- □ Lidocaína
- □ Morfina
- □ Novocaína
- □ Penicilina
- □ Sulfa
- □ Tetraciclina
- □ Tintes de Rayos X
- □ Otro _____

DIRECTIVAS AVANZADAS

- □ Preferencia de Hospital
  _____
- □ Orden de no reanimar (ONR)
  _____
  (Ubicación del Formulario)
- □ Poder Notarial para la Atención Médica
  _____
  (Ubicación del Formulario)

LOS FORMULARIOS DE FILE OF LIFE ESTAN DISPONIBLES EN:

Kenosha County
Aging & Disability Resource Center
(El centro de Recursos para el Envejecimiento y Discapacitados)
8600 Sheridan Road
Kenosha, WI 53143
Teléfono: 262-605-6646
Fax: 262-605-6649
O en línea en:
adrc.kenoshacounty.org

ADRC
Kenosha County
Aging & Disability Resource Center