

## My Emergency Information (응급상황 정보)

Name/(이름)

Date of Birth/(생년월일)

Address/(주소)

Address/(주소)



### EMERGENCY CONTACTS

(응급상황 연락처)

Name/(이름)

Relation/(관계)

Phone/(전화번호)

Name/(이름)

Relation/(관계)

Phone/(전화번호)

### MEDICAL DATA/(의료정보)

Last Updated (Month/Year)/(최신기록 (월/연도))

Blood Type/(혈액형)

Physician/(주치의)

Phone/(전화번호)

Insurance Carrier/(의료보험)

Medicare participant  
(메디케어 가입여부)

Yes  No

If YES, do you have a Part D Plan?  
(예인 경우, 파트D가 있습니까?)

Yes  No



(800) 699-9043

ageoptions.org

Medication	Dosage	Frequency
(복용약)	(복용갯수)	(복용횟수)

## ALLERGIES/(알레르기)

(List allergies in English if possible!)

(알레르기의 종류를 영어로 적어주십시오)

---



---



---



---

## Advanced Medical Directives

(사전 의료 의사결정서)

Living Will on file at/(사망선택 유언서가 있는곳):

Power of Attorney Healthcare/(응급처치 결정 위임장이 있는곳):

Phone/(전화번호):

Do you have a DO NOT RESUSCITATE form?

(심폐소생술거부 문서가 있습니까?)

YES  NO

Where is it located?/(어디에 있습니까?)