

My Emergency Information

Mi Información Para en Caso de Emergencia

Name/Nombre

Date of Birth/Fecha de Nacimiento

Address/Domicilio

Address/Domicilio



EMERGENCY CONTACTS

Personas de Contacto en Caso de Emergencia

Name/Nombre

Relation/Relación

Phone/Teléfono

Name/Nombre

Relation/Relación

Phone/Teléfono

MEDICAL DATA/DATOS MÉDICOS

Last Updated (Month/Year)

Fecha de la Última Actualización (mes/año)

Blood Type/Tipo Sanguíneo

Physician/Médico

Phone/Teléfono

Insurance Carrier/Compañía de Seguro

Medicare participant

Yes

No

Participante de Medicare

Sí

No

If YES, do you have a Part D Plan?

Yes

No

Si participa, ¿está inscrito en un plan de la Parte D?



(800) 699-9043

ageoptions.org

Medication	Dosage	Frequency
Medicamento	Dosis	Frecuencia

ALLERGIES/ALERGIAS

(List allergies in English if possible!)
Si es posible, anote las alergias en inglés.

Advanced Medical Directives Directrices Anticipadas Para la Salud

Living Will on file at: Mi Testamento Vital está archivado en:
Power of Attorney/Voluntades Anticipadas:
Phone/Teléfono:

<p>Do you have a DO NOT RESUSCITATE form? ¿Tiene usted una orden DE NO REANIMAR?</p> <p><input type="checkbox"/> YES (Si) <input type="checkbox"/> NO (No)</p> <p>Where is it located? ¿Dónde se puede localizar esta orden?</p>
--