

My Emergency Information (Aking Impormasyon sa Emergensi)

Name/(Pangalan)
Kapanganakan)

Date of Birth/(Petsa ng

Address/(Tirahan)



EMERGENCY CONTACTS (MATATAWAGAN SA EMERGENSI)

Name/(Pangalan)

Relation/(Relasyon)

Phone/(Telepono)

Name/(Pangalan)

Relation/(Relasyon)

Phone/(Telepono)

MEDICAL DATA (KAALAMAN UKOL SA PAGGAGAMOT)

Last Updated (Month/Year)/(Huling Na-Tsek Buwan/Taon)

Blood Type/(Tipo ng Dugo)

Physician/(Manggagamot)
Phone/(Telepono)

Insurance Carrier/(Kumpanya ng Insurance)

Medicare participant
(Kasali sa Medicare)

Yes

No

Oo

Hindi

If YES, do you have a Part D Plan?

(Kung Oo, meron ka bang Plano na Part D?)

Yes

No

Oo

Hindi



(800) 699-9043

www.ageoptions.org



312-962-7748

www.fachic.org

Medication (Gamot)	Dosage (Dami)	Frequency (Dalas ng Pag-Inom)

ALLERGIES (Alergi)

(List allergies in English if possible!)
(Ilista ang alergi sa Ingles kung maaari!)

Advanced Medical Directives (Bilin ng Paggagamot sa Kinabukasan)

Living Will on file at/(Testamento habang nabubuhay sa pangangalaga ng):

Power of Attorney Healthcare/(Power of Attorney sa Pangangalaga ng Kalusugan):

Phone/(Telepono):

Do you have a DO NOT RESUSCITATE form?
(Meron ka bang habilin na hindi ka magpapamaly-tao?)

YES NO
Oo Hindi

Where is it located? / (Nasaan ito nakalagay?)