

CURRENT MEDICAL CONDITIONS

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

SURGICAL HISTORY

You may include last hospital discharge summary in packet

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

HEALTH INSURANCE INFORMATION

| | |
|------------------------------|--|
| Hospital of Choice | |
| Health Insurance Provider | |
| Policy Number | |
| Secondary Insurance Provider | |
| Policy Number | |

INSTRUCTIONS

1. Fill out the form in English. If you are unable to fill out the form in English, please ask a family member, nurse or doctor to assist you.
2. Fold the form and place it in a baggie. You may also consider adding a copy of your DNR (do not resuscitate), EKG, Advance Directive, and/or a recent photo of yourself.
3. Securely tape/stick the baggie to the front or side of your refrigerator where it can easily be seen by First Responders.
4. When First Responders arrive, let them know where your medical information form can be found.

-
1. Llene el formulario en inglés. Si no puede llenar el formulario en inglés, por favor pida un médico, enfermera o familiar que le ayude.
 2. Doble el formulario llenado y colóquelo en una bolsa. También puede considerar poner una copia de su electrocardiograma, ONR (orden de no resucitar), las instrucciones anterior de emergencias o una foto suya reciente en la bolsa.
 3. Pegue firmemente la bolsa con cinta adhesiva en la parte de afuera o al lado de la puerta de su refrigerador dónde se vea bien.
 4. Cuando las personas de primeros auxilios lleguen' informales donde se puede encontrar el formulario.