

# FILE OF LIFE



IN AN **EMERGENCY**,  
"TAKE ME TO EMANUEL MEDICAL CENTER."

EN UNA **EMERGENCIA**,  
"LLÉVENME A EMANUEL MEDICAL CENTER."

The following information can be helpful to your healthcare provider in case of an emergency.  
La siguiente información puede ser útil para su proveedor de atención médica en caso de una emergencia.

## Personal Information / Información Personal

Name / Nombre: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

Sex / Género:  Male / Masculino  Female / Femenino Date of Birth / Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Emergency Contacts / Contactos de Emergencia

Name / Nombre: \_\_\_\_\_ Home Phone / Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

Relation / Parentesco: \_\_\_\_\_ Work Phone / Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Name / Nombre: \_\_\_\_\_ Home Phone / Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

Relation / Parentesco: \_\_\_\_\_ Work Phone / Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

## Medical Data / Datos Clínicos

Primary Dr / Médico Principal: \_\_\_\_\_ Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_

Specialty Dr / Médico Especialista: \_\_\_\_\_ Phone / Teléfono: \_\_\_\_\_

Preferred Hospital: **Emanuel Medical Center** Hospital Preferido: **Emanuel Medical Center**

Blood Type / Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

Special Conditions / Recent Surgeries Condiciones Especiales / Cirugías Recientes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Medications / Medicinas

Medication / Medicina: \_\_\_\_\_ Dosage / Dosis: \_\_\_\_\_ Frequency / Frecuencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Medications / Medicinas

Medication / Medicina: \_\_\_\_\_

Dosage / Dosis: \_\_\_\_\_

Frequency / Frecuencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Religion / Religión: \_\_\_\_\_

Living Will on file at / Testamento registrado en: \_\_\_\_\_

Healthcare Proxy on file at / Poder de atención médica registrado en: \_\_\_\_\_

Do you have an EMS-NO CPR Directive or a DNR Form?

¿Tienes una orden de no administrar primeros auxilios o no intentar resucitar?

Yes / Sí  No

Where is it located? / ¿Dónde está localizada? \_\_\_\_\_

## Medical Conditions / Condiciones Médicas

(Check all that exist / Marca todas las que apliquen)

- |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> No known medical conditions<br>Ninguna condición médica conocida | <input type="checkbox"/> Cardiac Dysrhythmia<br>Arritmia Cardiaca                          | <input type="checkbox"/> Eye Surgery<br>Cirugía Ocular                            | <input type="checkbox"/> Hypoglycemia<br>Hipoglucemia            | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder<br>Convulsiones                    |
| <input type="checkbox"/> Abnormal EKG<br>Electrocardiograma Anormal                       | <input type="checkbox"/> Cataracts<br>Cataratas  | <input type="checkbox"/> Glaucoma   | <input type="checkbox"/> Leukemia<br>Leucemia                    | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Anemia<br>Anemia de Células Falciformes |
| <input type="checkbox"/> Adrenal Insufficiency<br>Insuficiencia Adrenal                   | <input type="checkbox"/> Clotting Disorder<br>Problemas de Coagulación                     | <input type="checkbox"/> Hearing Impaired<br>Discapacidad Auditiva                | <input type="checkbox"/> Lymphomas<br>Linfomas                   | <input type="checkbox"/> Stroke<br>Derrame Cerebral                          |
| <input type="checkbox"/> Angina<br>Angina de Pecho  | <input type="checkbox"/> Coronary Bypass Graft<br>Bai pás Coronario                        | <input type="checkbox"/> Heart Valve Prosthesis<br>Prótesis de Válvulas Cardíacas | <input type="checkbox"/> Memory Impaired<br>Problemas de Memoria | <input type="checkbox"/> Tuberculosis<br>Tuberculosis                        |
| <input type="checkbox"/> Asthma<br>Asma   | <input type="checkbox"/> Dementia<br>Demencia  | <input type="checkbox"/> Hemodialysis<br>Hemodiálisis                             | <input type="checkbox"/> Myasthenia Gravis<br>Miastenia Gravis   | <input type="checkbox"/> Vision Impaired<br>Problemas de Visión              |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder<br>Desórdenes de Sangrado                      | <input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease<br>Enfermedad de Alzheimer                    | <input type="checkbox"/> Hemolytic Anemia<br>Anemia Hemolítica                    | <input type="checkbox"/> Pacemaker<br>Marcapasos                 | <input type="checkbox"/> Other: _____<br>Otro: _____                         |
| <input type="checkbox"/> Cancer<br>Cáncer   | <input type="checkbox"/> Diabetes/Insulin Dependent<br>Diabetes/Dependiente de la Insulina | <input type="checkbox"/> Hepatitis-Type ( )<br>Hepatitis Tipo ( )                 | <input type="checkbox"/> Renal Failure<br>Insuficiencia Renal    | _____  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Hypertension<br>Hipertensión                             |  |  |

## Allergies / Alergias

- |  |   |   |   |   |  |
|--|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirin<br>Aspirina         | <input type="checkbox"/> Demerol<br>Demerol                   | <input type="checkbox"/> Latex<br>Látex         | <input type="checkbox"/> Novocaine<br>Novocaína   | <input type="checkbox"/> Tetracycline<br>Tetraciclina                 | <input type="checkbox"/> Environment: _____<br>Medio Ambiente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Barbiturate<br>Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Horse Serum<br>Suero Equino          | <input type="checkbox"/> Lidocaine<br>Lidocaína | <input type="checkbox"/> Penicillin<br>Penicilina | <input type="checkbox"/> X-Rays Dyes<br>Contrastes para Rayos X       | <input type="checkbox"/> Other: _____<br>Otro: _____                 |
| <input type="checkbox"/> Codeine<br>Codeína          | <input type="checkbox"/> Insect Stings<br>Picadas de Insectos | <input type="checkbox"/> Morphine<br>Morfina    | <input type="checkbox"/> Sulfa<br>Sulfa           | <input type="checkbox"/> No Known Allergies<br>Sin Alergias Conocidas | _____  |

## Medical Insurance / Seguro Médico

Medical Insurance Company / Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Policy # / Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Other Medical Insurance Company / Otra Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Policy # / Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Medicaid # / Número de Medicaid: \_\_\_\_\_