

ORDEN CARMELITA

DATOS DE EMERGENCIA MÉDICA

Se le recomienda completar estos formularios médicos lo mejor que pueda. Después póngalos en un sobre junto con cualquier otros documentos legales relacionados con su cuidado, tales como Testamentos de Vida, Formularios de Poder Legal, etc., en un sobre marcado claramente "Datos de Emergencia Médica" en el lado interior de su puerta. También debe considerar dejar una copia en otro lugar en la casa, como con su Prior. En caso de que ocurra una emergencia, especialmente si no puede hablar, esta información contribuirá de manera significativa a su bienestar y cuidado. Por favor, recuerde de actualizarlo cuando haya cambios significativos.

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Color de Ojos: _____ Color de Cabello: _____ Raza: _____

Marcas de identificación: _____

Seguro Social: _____ # Medicare: _____

Compañía de seguro principal: _____

Póliza: _____ Teléfono: _____

Seguro Suplementario: _____

Póliza: _____ Teléfono: _____

Teléfono de aprobación de beneficios (si es diferente): _____

Nombre de su doctor: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Médico alternativo: _____ Teléfono: _____

Hospital de preferencia: _____ Ubicación: _____

¿Ha llenado un formulario de Poder Legal para Cuidado de Salud o un formulario de Testamento de Vida? Sí No

¿Dónde están las copias? _____

¿Hay copias archivadas en la oficina Provincial? Sí No Teléfono: _____ (630) 971-0050

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono - Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono - Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono - Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor indique que medicina(s) está tomando, cual es la dosis, que tan a menudo toma la medicina(s) and adonde la guarda (refrigerador, cocina, botiquín, mesa de noche, etc.)

Medicamentos de Prescripción:

Nombre <i>(Ejemplo: Elixir)</i>	Dosis <i>50 mg</i>	Frecuencia <i>Diariamente</i>	Donde los guarda <i>Botiquín</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Medicamentos no de prescripción tomados regularmente, incluyendo aspirina o ibuprofeno:

Nombre	Dosis	Frecuencia	Donde los guarda
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Toma vitaminas/hierbas?

Nombre	Dosis	Frecuencia	Donde los guarda
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Vacunas:

¿Ha recibido una vacuna contra el Tétano? Sí No

Cuándo: _____ Reacciones: _____

¿Ha recibido una vacuna contra la Gripe? Sí No

Cuándo: _____ Reacciones: _____

Otras Vacunas: _____ Cuándo: _____

Alergias y Reacciones:

¿Alergias de Drogas? _____ Tipo de Reacción: _____

¿Alergias de Comida? _____ Tipo de Reacción: _____

¿Cualquier complicación pasada con la anestesia? _____

Estado de Salud: (Marque todo lo que corresponda)

- Problemas Cardíacos Ataque Cardíaco Derrame Cerebral Diabetes
- Alta Presión Alzheimer Cáncer Parkinson
- Otro _____

Usa:

- Lentes de Contacto Lentes Ojo de Vidrio Audífono(s)
- Dentaduras/Puente/Coronas Usa Oxígeno Usa baston o andador
- ¿Tiene anomalías de ECG crónicas? Otro _____

¿Está siendo tratado en este momento para la tuberculosis? Sí No

Tipo de Sangre _____

Cirugías Previas:

- Tipo: _____ Cuándo: _____
- Tipo: _____ Cuándo: _____
- Tipo: _____ Cuándo: _____
- Tipo: _____ Cuándo: _____
- Tipo: _____ Cuándo: _____
- Tipo: _____ Cuándo: _____

¿Ha tomado la decisión de donar sus órganos? Sí No

Todos Algunos Especifique: _____

¿Hay arreglos funerarios archivados con la Oficina Provincial? Sí No

¿Tiene mascotas? Perro Gato Otro _____

¿Dónde está el animal(s)? _____ Información Especial: _____

¿Quién debe ser llamado para cuidar a su mascota? _____ Teléfono: _____

Fecha en que este formulario se completó: _____

Fecha completado/revisado: _____

Otra información pertinente: _____
