

**PERSONAL INFORMATION**

**NAME/Nombre:** \_\_\_\_\_ **SEX: M / F**

**ADDRESS/Domicilio:** \_\_\_\_\_

**PHONE/Teléfono:** \_\_\_\_\_

**DOCTOR:** \_\_\_\_\_

**DOCTOR PHONE/Teléfono de doctor:** \_\_\_\_\_

**NATIVE LANGUAGE (if not English) Idioma Materno (si no fuese el inglés):** \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT**

**NAME/Nombre:** \_\_\_\_\_

**ADDRESS/Domicilio:** \_\_\_\_\_

**PHONE/Teléfono:** \_\_\_\_\_



**In case of emergency, call 911**

**MEDICAL DATA**

**AS OF/ A partir del: Mo./Mes** \_\_\_\_\_ **Yr./Año** \_\_\_\_\_

**BLOOD TYPE/Tipo de sangre:** \_\_\_\_\_

**ALLERGIES/Alergias:** \_\_\_\_\_

<b>MEDICAL PROBLEMS</b> <i>problemas médicos</i>	<b>MEDICATION</b> <i>Medicamento</i>	<b>DOSAGE</b> <i>Dosis</i>	<b>FREQUENCY</b> <i>Frecuencia</i>

**RECENT SURGERY/Cirugías recientes:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATE OF BIRTH:** \_\_\_\_\_ **RELIGION:** \_\_\_\_\_  
*Fecha de nacimiento* *Religión*

**SPECIAL COMMENTS/REMARKS:** \_\_\_\_\_  
*Problemas médicos especiales. Observaciones*

\_\_\_\_\_

Do you have a completed POLST? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_

**HEALTH CARE PROXY ON FILE AT \_\_\_\_\_ HOSPITAL***Representante para asuntos de atención médica consignado en los archivos del hospital***LIVING WILL ON FILE AT \_\_\_\_\_***Testamento en archivo en \_\_\_\_\_*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Pacemaker (Model #)</b> _____<br><i>Marcapasos (Número de modelo)</i>         | <input type="checkbox"/> <b>Defibrillator (Model #)</b> _____<br><i>Desfibrilador (Número de modelo)</i> |
| <input type="checkbox"/> <b>Hearing Aid; Deaf/Dispositivo para aumentar la audición; Sordo</b>            | <input type="checkbox"/> <b>Contact Lenses</b><br><i>Lentes de contacto</i>                              |
| <input type="checkbox"/> <b>Eyeglasses/Lentes</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Artificial Eye/Ojo artificial</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Pet/Type (Dog, Cat, etc.)</b> _____<br><i>Mascota/Tipo (perro, gato, et.)</i> | <b>Pet's Name:</b> _____<br><i>Nombre de mascota</i>   |

**MEDICAL DATA***CHECK ALL THAT EXIST - MARQUE SI PADECE DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>No known medical conditions/</b><br><i>Que yo sepa, ningún problema médico</i> | <input type="checkbox"/> <b>Hemolytic Anemia/</b><br><i>Anemia hemolítica</i>                                |
| <input type="checkbox"/> <b>Abnormal EKG/EKG abnormal</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Hypertension/Hipertensión</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Adrenal Insufficiency/</b><br><i>Insuficiencia suprarrenal</i>                 | <input type="checkbox"/> <b>Hypoglycemia/Hipoglucemia</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Alzheimer's/Enfermedad de Alzheimer</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Laryngectomy/Laringectomía</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Anginal/Angina</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Leukemia/Leucemia</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Asthma/Asma</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Lymphomas/Linfomas</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Bleeding Disorders/</b><br><i>Trastorno hemorrágico</i>                        | <input type="checkbox"/> <b>Malignant Hypothermia/</b><br><i>Hipotermia perniciosa</i>                       |
| <input type="checkbox"/> <b>Cardiac Dysrhythmia/Arritmia cardíaca</b>                                      | <input type="checkbox"/> <b>Memory Impaired/</b><br><i>Problemas de la memoria</i>                           |
| <input type="checkbox"/> <b>Cataracts/Cataratas</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Myasthenia Gravis/</b><br><i>Miastenia grave</i>                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Clotting Disorder/</b><br><i>Trastornos de coagulación</i>                     | <input type="checkbox"/> <b>Pacemaker/Marcapasos</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Coronary Bypass Graft/</b><br><i>injerto para anastomosis coronaria</i>        | <input type="checkbox"/> <b>Renal Failure/</b><br><i>Insuficiencia renal</i>                                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Diabetes/Insulin Dependent/</b><br><i>Diabetes insulino dependiente</i>        | <input type="checkbox"/> <b>Seizure Disorder/Crisis epileptica</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Eye Surgery/cirugía ocular</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Sickle Cell Anemia/Anemia de</b><br><i>hematías falciformes o drepanocitemia</i> |
| <input type="checkbox"/> <b>Glaucoma/Glaucoma</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Situs Inversus/Transposición visceral</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Hearing Impaired/Problemas auditivos</b>                                       | <input type="checkbox"/> <b>Stroke/Embolia cerebral</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Heart Valve Prosthesis/</b><br><i>Prótesis de la válvula del corazón</i>       | <input type="checkbox"/> <b>Vision Impaired/</b><br><i>Problemas de la vista</i>                             |
| <input type="checkbox"/> <b>Hemodialysis/Hemodiálisis</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Other/Otra</b>   |  |

**ALLERGIES**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>No Known Allergies/Que yo sepa, ninguna alergia</b> | <input type="checkbox"/> <b>Insect Stings/</b><br><i>Picaduras de insectos</i> | <input type="checkbox"/> <b>Penicillin/Penicilina</b>                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirin/Aspirina</b>                                | <input type="checkbox"/> <b>Latex/Látex</b>                                    | <input type="checkbox"/> <b>Sulfal/Sulfas</b>                             |
| <input type="checkbox"/> <b>Barbiturates/</b><br><i>Barbitúricos</i>            | <input type="checkbox"/> <b>Lidocaine/Lidocaína</b>                            | <input type="checkbox"/> <b>Tetracycline/</b><br><i>Tetraciclina</i>      |
| <input type="checkbox"/> <b>Codeine/Codeína</b>                                 | <input type="checkbox"/> <b>Morphine/Morfina</b>                               | <input type="checkbox"/> <b>X-Ray Dyes/</b><br><i>Tintes para rayox X</i> |
| <input type="checkbox"/> <b>Demerol/Demerol</b>                                 | <input type="checkbox"/> <b>Novocaine/Novocaina</b>                            |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Horse Serum/</b><br><i>Suero de caballo</i>         |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Other/Otra</b>                                      |  |   |