

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: _____

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

RECENT SURGERY/Cirugías recientes: _____

MED. INS. CO: _____ POLICY #: _____
Compañía de seguro médico *No. de póliza*

MEDEX #: _____ MEDICARE #: _____
No. de póliza *No. de Medicare*

MEDICAID #: _____ OTHER INS: _____
No. de Medicaid *Otro seguro médico*

DATE OF BIRTH: _____ RELIGION: _____
Fecha de nacimiento *Religión*

SPECIAL COMMENTS/REMARKS: _____
Problemas médicos especiales. Observaciones

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

MEDICAL DATA

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

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

ALLERGIES

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