



# INFORMACIÓN PARA LA VIDA

## EN UNA EMERGENCIA LLAME AL 911

Mantenga esta información en su refrigerador para que la usen las personas respondiendo a una emergencia.  
Use lápiz y letra de molde para que pueda actualizar esta tarjeta fácil y frecuentemente.

HOMBRE  MUJER

NOMBRE

DOMICILIO DEL HOGAR

FECHA DE NACIMIENTO

### INFORMACIÓN DEL CONTACTO PARA UNA EMERGENCIA

NOMBRE

RELACIÓN

DOMICILIO DEL HOGAR

TÉLEFONO DEL HOGAR

TÉLEFONO CELULAR

¿Tiene usted Testamento en Vida o Directiva por Adelantado para el cuidado de su salud?  Sí  No

¿Está registrada/o en la oficina del Secretario del Estado de Arizona?  Sí  No

### NO RESUCITAR (DNR por sus siglas en inglés)

¿Tiene usted una forma para que no se le resucite (DNR por sus siglas en inglés)?  Sí  No

¿Está firmada por su doctor o por medio de un poder legal?  Sí  No

Si contestó Sí, ¿dónde está?

### SEGURO MÉDICO

Compañía de Seguro Médico

Número de Póliza

Seguro Secundario

Número de Póliza

Actualizado en

Hospital de Su Elección

Doctor

Teléfono

Médico Especialista

Teléfono

Farmacia

Teléfono

### CONDICIONES ESPECIALES/COMENTARIOS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO – Por favor marque todo lo que sea aplicable.

MEDICAL HISTORY - Please check all that apply.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>No tiene una condición médica conocida</b><br>No known medical conditions | <input type="checkbox"/> <b>Discapacidad auditiva</b><br>Hearing Impaired                 | <input type="checkbox"/> <b>Trastorno convulsivo</b><br>Seizure Disorder  |
| <input type="checkbox"/> <b>Electrocardiograma anormal</b><br>Abnormal EKG                            | <input type="checkbox"/> <b>Prótesis de la válvula cardíaca</b><br>Heart Valve Prosthesis | <input type="checkbox"/> <b>Anemia de glóbulos falciformes</b><br>Sickle Cell Anemia                                |
| <input type="checkbox"/> <b>Enfermedad de Alzheimer</b><br>Alzheimer's                                | <input type="checkbox"/> <b>Hemodiálisis</b><br>Hemodialysis                              | <input type="checkbox"/> <b>Apoplejía /accidente cerebrovascular/ataque isquémico transitorio</b><br>Stroke/CVA/TIA |
| <input type="checkbox"/> <b>Angina</b><br>Angina  | <input type="checkbox"/> <b>Anemia hemolítica</b><br>Hemolytic Anemia                     | <input type="checkbox"/> <b>Problemas de la vista</b><br>Vision Impaired  |
| <input type="checkbox"/> <b>Asma</b><br>Asthma  | <input type="checkbox"/> <b>Hipertensión</b><br>Hypertension                              | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>Trastorno hemorrágico</b><br>Bleeding Disorder                            | <input type="checkbox"/> <b>Hipoglucemia</b><br>Hypoglycemia                              | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>Arritmia cardíaca</b><br>Cardiac Dysrhythmia                              | <input type="checkbox"/> <b>Laringectomía</b><br>Laryngectomy                             | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>Cataratas</b><br>Cataracts  | <input type="checkbox"/> <b>Leucemia</b><br>Leukemia                                      | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>Trastorno de coagulación</b><br>Clotting Disorder                         | <input type="checkbox"/> <b>Linfomas</b><br>Lymphomas                                     | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>SopORTE metálico o bifurcación coronaria</b><br>Coronary Bypass Stent     | <input type="checkbox"/> <b>Problemas con la memoria</b><br>Memory Impairment             | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>Demencia</b><br>Dementia  | <input type="checkbox"/> <b>Miastenia gravis</b><br>Myasthenia Gravis                     | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>Diabetes/dependiente de insulina</b><br>Diabetes/Insulin Dependent        | <input type="checkbox"/> <b>Infarto al miocardio</b><br>Myocardial Infarct                | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>Cirugía del/los ojo/s</b><br>Eye Surgery                                  | <input type="checkbox"/> <b>Marcapasos</b><br>Pacemaker                                   | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> <b>Glaucoma</b><br>Glaucoma  | <input type="checkbox"/> <b>Falla renal</b><br>Renal Failure                              | <input type="checkbox"/> _____  |

## ALERGIAS Allergies

- |  |  |  |                                |
|--|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Sin alergias conocidas</b><br>No known allergies | <input type="checkbox"/> <b>Suero de caballo</b><br>Horse Serum      | <input type="checkbox"/> <b>Novocaína</b><br>Novocaine                 | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirina</b><br>Aspirin                          | <input type="checkbox"/> <b>Piquetes de insecto</b><br>Insect Stings | <input type="checkbox"/> <b>Penicilina</b><br>Penicillin               | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Barbitúricos</b><br>Barbiturates                 | <input type="checkbox"/> <b>Látex</b><br>Latex                       | <input type="checkbox"/> <b>Sulfa</b><br>Sulfa                         | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Codeína</b><br>Codeine                           | <input type="checkbox"/> <b>Lidocaína</b><br>Lidocaine               | <input type="checkbox"/> <b>Tetraciclina</b><br>Tetracycline           |                                |
| <input type="checkbox"/> <b>Demerol</b><br>Demerol                           | <input type="checkbox"/> <b>Morfina</b><br>Morphine                  | <input type="checkbox"/> <b>Rayos x/tintes/tinturas</b><br>X-Rays/Dyes |                                |
| <input type="checkbox"/> <b>Medio ambiente</b><br>Environmental              |  |  |                                |

## MEDICAMENTOS

CONDICIÓN	MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

## CIRUGÍA/S RECIENTE/S RECENT SURGERY

Operación	Fecha