

File of Life

Archivo de Vida



Name/Nombre:	
Date Completed/Día Completado:	
What language do you speak/Que lenguaje(s) usted habla?	
Address/Dirección:	
City/Ciudad :	Zip Code/Código Postal:
Phone/Teléfono:	Gender/Sexo:
Date of Birth/Fecha de Nacimiento:	Blind/Ciego <input type="checkbox"/> Deaf/Sordo <input type="checkbox"/>
Social Security # Last Four Digits/Numero de seguro social (últimos cuatro números):	
Marital Status/Estado Civil:	
Medicare #/Numero de seguro "Medicare":	
Other Insurance/Otro seguro de salud:	
Policy Number/Numero de póliza:	
Do you have an Advance Health Care Directive/Tiene usted alguna directriz de cuidado de salud? Yes/Si No/No If yes, location/Si contesta (Si) Donde esta su documento?	
Who has it/#/Si aplica por favor proveer el nombre y numero de teléfono de quien posee ese documento?	
Do you have a Do Not Resuscitate order/Tiene usted una orden de no ser resucitado? Yes/Si No/No	
Emergency Contacts/Contactos de emergencia: Se recomienda que uno de los contactos tenga la llave de su casa por seguridad.	
1.Name/Nombre:	
Telephone/# Telefono:	Relationship/Relación:
2. Name/Nombre:	
Telephone/# Telefono	Relationship/Relación:
Religious Preference/Preferencia Religiosa:	Phone /# Teléfono
Pet's Information (Name & Type) /Información de su mascota (clase y nombre)	
Who should be called for pet care/A quien se llama para cuidar su mascota:	# Teléfono
Medical Information/ Información Medica	
Primary Doctor/Doctor Primario	# Teléfono
Secondary Doctor/Doctor Secundario :	# Teléfono
Medical Alert Device/Equipo Medico de Alerta Esta información es necesaria si el sistema necesita ser reprogramado	
Do you have a medical alert device? Tiene usted equipo de alerta ? Yes/ Si No/No	
If Yes, what is the company name & #/Si contesta afirmativo cual es el nombre y numero de tel. del proveedor?	

Medical Information/Informacion Medica	
Preferred Hospital/Hospital de su preferencia:	# Telefono
Height/Altura: Weight/Peso:	Blood Type /Tipo de Sangre:
Normal Blood Pressure/Numero de presion alterial normal :	
Allergies to drugs or foods/Algunas alergias a medicamentos o alimentos :	
Please list any medical conditions that apply (for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke) Favor de proveer un listado de sus condiciones que aplican.(por ejmplo: Corazon,diabetes,perdida de memoria o derrame cerebral)	
Surgeries (type and date)/Cirujias (tipos y fechas)	
Do You/Usted: Wear dentures/Usa dentadura ? Yes/ Si No/No? Wear contacts/Usa lentes de contactos? Yes/ Si No/No? Use Wheelchair/Utiliza silla de rueda? Yes/ Si No/No? Wear hearing aids/Usa algun artefacto de audicion? Yes/ Si No/No? Use Oxygen/ Utiliza Oxigeno? Yes/ Si No/No? Wear glasses/ Utiliza Espuelos ? Yes/ Si No/No?	
Medications/Medicamentos (resetas, medicamentos sin resetas,vitaminas o suplementos de yerbas)	
Name/Nombre: Dose-	Purpose/Proposito:
Name/Nombre: Dose/Dosis-	Purpose/Proposito:
Name/Nombre: Dose/Dosis-	Purpose/Proposito:
Name/Nombre: Dose/Dosis-	Purpose/Proposito:
Name/Nombre: Dose/Dosis-	Purpose/ Proposito:
Name/Nombre: Dose/Dosis-	Purpose/ Proposito:
Name/Nombre: Dose/Dosis	Purpose/Proposito:

El departamento de EMS recomienda que usted mantenga una copia de su directrize en un archivo de vida.

Tambien podria ser de mucho beneficoso incluir una foto actual de usted.

Si necesita alguna ayuda para completar este archivo de vida o desea copias adicionales, favor comunicarse con el departamento de envejecientes de la ciudad de Cleveland al 216-420-7616.

Tambien nos puedes encontrar en Internet en www.clevelandohio.gov

Tambien en nuestro correo electronico al aging@clevelandohio.gov