

MEDICAL HISTORY (ANTECEDENTES MÉDICOS)

- Alzheimer's Disease/Dementia (*Enfermedad de Alzheimer/Demencia*)
- Arthritis/Fibromyalgia (*Artritis/Fibromialgia*)
- Cancer (Cáncer), Type (Tipo): _____
- Cardiac, heart problems (*Problemas cardíacos*)
 - CABG/Heart Surgery (*Injerto de derivación de arteria coronaria/Cirugía de corazón*)
 - Pacemaker (*Marcapasos*)
 - Defibrillator (*Desfibrilador*)
 - Congestive Heart Failure, CHF (*Insuficiencia cardíaca congestiva*)
 - Irregular Heart Rhythm (*Ritmo cardíaco irregular*)
- Hypertension (*Hipertensión*)
- Stroke, CVA (*Accidente cerebrovascular, ACV*)
- Diabetes (*Diabetes*)
- Hepatitis/Liver Disease (*Hepatitis/Enfermedad hepática*)
- GERD/Ulcer Disease (*ERGE/Úlcera*)
- HIV-AIDS (*VIH-SIDA*)
- Renal Failure, Kidney Problems (*Insuficiencia renal, problemas renales*)
- Respiratory (*Respiratorio*)
 - COPD (EPOC)
 - Asthma (*Asma*)

To print additional brochures, go to:
www.cabq.gov/council/vial-of-life
Para imprimir otros folletos, visite: www.cabq.gov/council/vial-of-life

VIAL OF LIFE

Important Family Health Information
In case of emergency, call 911



**Información Importante de
Salud Familiar**
En caso de emergencia, llame al 911

MEDICAL HISTORY (ANTECEDENTES MÉDICOS)

- Seizure (*Convulsión*)
- Sickle Cell Disease (*Anemia de células falciformes*)
- Surgery, please specify below (*Cirugía, especificar a continuación*): _____
- Tuberculosis (*Tuberculosis*)
- Thyroid Disease (*Enfermedad tiroidea*)
- Other, please specify below (*Otro, especificar a continuación*): _____
- Hearing Difficulties (*Dificultades auditivas*)
 - Hearing Aid, Right / Left (*Audífono, derecho / izquierdo*)
- Vision Difficulty (*Dificultades visuales*)
 - Glaucoma (*Glaucoma*)
 - Cataracts (*Cataratas*)
 - Other (*Otro*): _____
- Psychological Issues (*Problemas psicológicos*)

VACCINATION HISTORY (VACUNAS)

H1N1
Date/Fecha: _____
Pneumococcal (*Antineumocócica*)
Date/Fecha: _____
Tetanus (*Antitetánica*)
Date/Fecha: _____

EMERGENCY MEDICAL INFORMATION

(INFORMACION MEDICA DE EMERGENCIA)

Date Completed (Fecha en que llenó el formulario): _____

Name (Nombre): _____

Birth Year (Año de nacimiento): _____

Current Address (Dirección actual): _____

Phone Number (Número telefónico): _____

Languages Spoken (Idiomas que habla): _____

Primary Insurance Company (Compañía de seguros principal): _____

Current Medications & Herbal Supplements (Medicamentos y suplementos herbales que toma actualmente)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

If your list of medications exceeds the number of spaces given, please include a complete list on a separate piece of paper. (Si su lista de medicamentos excede el número de renglones, sírvase incluir la lista completa en una hoja aparte.)

Emergency Contact (Contacto de Emergencia):

Relationship (Relación):

Phone Number (Número telefónico):

Allergies to Medications (Alergias a medicamentos):

“Do not resuscitate?” (“¿No reanimar?”)

☐ Yes/Sí

☐ No

Power of attorney for health care? (¿Poder para el cuidado de la salud?)

☐ Yes/Sí

☐ No

Advanced Health Care Directive? (¿Instrucciones previas para asuntos médicos?)

☐ Yes/Sí

☐ No

Please provide the location of documents (Indique dónde se encuentran estos documentos)