



8812 Elk Grove Blvd.
Elk Grove, CA 95624

(916) 405-7100
Fax (916) 685-6622
www.yourcsd.com

VIAL OF LIFE (FRASCO DE VIDA)

Medical Information Form

(forma Médica de Información)

Personal Information

(Información Personal)

Name: _____ Address: _____
(nombre) (dirección)

Home Phone #: _____ Lives With: _____
(# de teléfono de casa) (vive con)

Birthdate: _____ Weight: _____ Sex: M / F
(fecha de nacimiento) (peso) (sexo)

Ambulatory: Y / N Medi-care #: _____
(ambulatoria)

Medi-cal #: _____ Other Insurance: _____
(otra aseguranza)

Medical History: _____
(historia médica)

Medications: _____
(medicamento)

Allergies: _____
(alergias)

Hospital Preference: _____
(preferencia de hospital)

Language: _____
(idioma)

Physician: _____ Phone #: _____
(médico) (# de teléfono)

Emergency Contact Information

(Información en caso de emergencia)

#1 Name: _____
(# 1 nombre)

Relationship: _____
(relación)

Home Phone #: _____ **Work Phone #:** _____
(# de teléfono de casa) (# de teléfono de trabajo)

2 Name: _____
(# 2 nombre)

Relationship: _____
(relación)

Home Phone #: _____ **Work Phone #:** _____
(# de teléfono de casa) (# de teléfono de trabajo)

Do you have an Advanced Directive or DNR? Y / N

(¿Usted tiene una Directiva por Anticipado de la Atención de la Salud o DNR?)

(If you would like these wishes followed please enclose a copy in this vial) (Si usted quisiera que estos deseos ser seguidos, por favor incluya una copia en este frasco.)

Minister / Priest / Rabbi / Other (Circle One)

(Ministro / Sacerdote / Rabino / Otro , por favor elijer uno)

Name: _____
(nombre)

Home Phone #: _____
(# de teléfono)

Additional Comments/Concerns: _____
(comentarios/preocupaciones adicionales)

