

生命之瓶

(VIAL OF LIFE)



信息和援助
1-800-339-4661

更新于

____ / ____ / ____

姓名 _____
(Name)

失明
(Blind)

失聪
(Deaf)

阿尔茨海默症或相关痴呆症
(Alzheimer's Disease or Related Dementia)

住址 _____ 城市 _____ 邮编 _____
(Address) (City) (Zip code)

电话号码 _____ 男性 女性 出生日期 _____
(Phone #) (Male) (Female) (Date of Birth)

社会安全号码 (后四位) _____
(Social Security Number (last four digits))

医疗号码 (后四位) _____
(Medicare Number (last four digits))

其他保险 _____ 保单号码 _____
(Other Insurance) (Policy Number)

您是否拥有医疗照护事前指示? _____ 是 否
(Do you have an Advance Health Care Directive?) (Yes) (No)

如果是, 请说明位置 _____ 代理人 _____ 电话号码 _____
(If yes, location) (Agent) (Phone)

您是否拥有“拒绝心肺复苏术命令”? _____ 是 否
(Do you have a 'Do Not Resuscitate Order?') (Yes) (No)

您是否登记了州长的“送我回家”? _____ 是 否
(Registered with Sheriff's 'Take Me Home?') (Yes) (No)

紧急联系人 (EMERGENCY CONTACTS)

姓名 _____ 关系 _____ 电话号码和电子邮件 _____
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

姓名 _____ 关系 _____ 电话号码和电子邮件 _____
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

看护人 _____ 电话号码和电子邮件 _____
(Caregiver) (Phone #)

牧师 _____ 电话号码和电子邮件 _____
(Clergy) (Phone #)

宠物信息 _____ 名字和种类 _____
(PET'S INFORMATION) (Name & Type)

兽医 _____ 电话号码 _____
(Veterinarian) (Phone #)

医疗信息 _____
(MEDICAL INFORMATION)

主治医生 _____ 电话号码 _____
(Primary Doctor) (Phone #)

次级医生 _____ 电话号码 _____
(Secondary Doctor) (Phone #)

医院 _____ 电话号码 _____
(Hospital) (Phone #)

身高 _____ 体重 _____ 血型 _____
(Height) (Weight) (Blood Type)

正常血压 _____
(Normal Blood Pressure)

过敏药物和食物 _____
(Allergies to drugs or foods)

请列出所有适用的医疗状况 (如: 心脏病、糖尿病、高血压、中风) _____
(Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)

外科手术 (类型和日期)
(Surgeries (type and date))

您是否有以下行为?

(Do you?)

戴假牙? (Wear dentures?)	是 <input type="checkbox"/> (Yes)	否 <input type="checkbox"/> (No)	戴眼镜? (Wear glasses?)	是 <input type="checkbox"/> (Yes)	否 <input type="checkbox"/> (No)
戴隐形眼镜? (Wear contacts?)	是 <input type="checkbox"/> (Yes)	否 <input type="checkbox"/> (No)	使用氧气? (Use Oxygen?)	是 <input type="checkbox"/> (Yes)	否 <input type="checkbox"/> (No)
戴助听器? (Wear hearing aids?)	是 <input type="checkbox"/> (Yes)	否 <input type="checkbox"/> (No)	坐轮椅? (Wheelchair?)	是 <input type="checkbox"/> (Yes)	否 <input type="checkbox"/> (No)

其他重要紧急信息
(Other Important Emergency Information)

免疫接种
(Immunizations)

您的药物放在哪里?
(Where do you keep your medications?)

药物 (MEDICATIONS)

(处方药、非处方药、维生素、草药补充剂等)
(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

名称 (Name)	剂量频率 (Dose-Freq)	用途 (Purpose)
名称 (Name)	剂量频率 (Dose-Freq)	用途 (Purpose)
名称 (Name)	剂量频率 (Dose-Freq)	用途 (Purpose)
名称 (Name)	剂量频率 (Dose-Freq)	用途 (Purpose)
名称 (Name)	剂量频率 (Dose-Freq)	用途 (Purpose)
名称 (Name)	剂量频率 (Dose-Freq)	用途 (Purpose)
名称 (Name)	剂量频率 (Dose-Freq)	用途 (Purpose)
名称 (Name)	剂量频率 (Dose-Freq)	用途 (Purpose)
名称 (Name)	剂量频率 (Dose-Freq)	用途 (Purpose)
名称 (Name)	剂量频率 (Dose-Freq)	用途 (Purpose)

请以紧急医务人员易于阅读的方式记录所有信息。