

# VIAL OF LIFE VIAL DE VIDA

[metrohealth.org/falls-prevention](http://metrohealth.org/falls-prevention)



**MetroHealth**

Information & Assistance  
Información y Asistencia  
216-778-1093

Updated on:

Versión actualizada: / /

Name / Nombre \_\_\_\_\_ ☐ Blind / Ciego ☐ Deaf / Sordo

Address / Dirección \_\_\_\_\_ City / Ciudad \_\_\_\_\_ Zip / Código Postal \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono \_\_\_\_\_ ☐ Male / Masculino ☐ Female / Mujer Date of Birth / Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Social Security # Last Four Digits / Número de Seguridad Social; Últimos cuatro dígitos: \_\_\_\_\_

☐ Single / Soltero(a) ☐ Married / Casado(a) ☐ Divorced / Divorciado(a) ☐ Widowed / Viudo(a)

Medicare # (Last Four Digits) / Número de Medicare – Últimos cuatro números: \_\_\_\_\_

Other Insurance / Otro seguro medico \_\_\_\_\_ Policy Number / Numero de póliza: \_\_\_\_\_

Do you have an Advance Health Care Directive? / ¿Planificación anticipada de cuidados médicos? ☐ Yes / Si ☐ No / No

If yes, location / Si la respuesta es sí, ¿Dónde está? \_\_\_\_\_ Agent / Quien Responsable \_\_\_\_\_ Tel# / Teléfono \_\_\_\_\_

Do you have a Do Not Resuscitate order? / ¿Tiene usted una orden de no resucitar? ☐ Yes / Si ☐ No / No

## Emergency Contacts / Contacto de emergencia

1. Name / Nombre \_\_\_\_\_ Relationship / Relación \_\_\_\_\_

Tel# / Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail / Correo electrónico \_\_\_\_\_

2. Name / Nombre \_\_\_\_\_ Relationship / Relación \_\_\_\_\_

Tel# / Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail / Correo electrónico \_\_\_\_\_

Clergy / Clérigo \_\_\_\_\_ Tel# / Teléfono \_\_\_\_\_

**Pet's Information / Información de la Mascota** Name & Type / Nombre e Tipo \_\_\_\_\_

Veterinarian / Veterinario \_\_\_\_\_ Tel# / Teléfono \_\_\_\_\_

## Medical Information / Información de Medico

Primary Doctor / Doctor Primario \_\_\_\_\_ Tel# / Teléfono \_\_\_\_\_

Secondary Doctor / Doctor Secundario \_\_\_\_\_ Tel# / Teléfono \_\_\_\_\_

Hospital / Hospital \_\_\_\_\_ Tel# / Teléfono \_\_\_\_\_

Height / Estatura \_\_\_\_\_ Weight / Peso \_\_\_\_\_ Blood Type / Tipo de Sangre \_\_\_\_\_ Normal Blood Pressure / Presión Arterial Normal \_\_\_\_\_

Allergies to drugs or foods / Alergias a medicamentos o alimentos: \_\_\_\_\_

(Continued on other side / Continúa en el otro lado)

Please list any medical conditions that apply / Favor de marcar cada condición medica que aplica  
(for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke) / (Por ejemplo: cardiaco, diabetes, hipertensión, embolia cerebral)

Surgeries (type and date) / Cirugía (tipo y clase)

Do You / Usted

Wear dentures? / ¿Usa dentadura? ☐ Yes / Si ☐ No / No  
Wear contacts? / ¿Usa lentes de contacto? ☐ Yes / Si ☐ No / No  
Wear hearing aids? / ¿Usa audífonos? ☐ Yes / Si ☐ No / No  
Wear glasses? / ¿Usa lentes? ☐ Yes / Si ☐ No / No  
Use Oxygen? / ¿Usa oxígeno? ☐ Yes / Si ☐ No / No  
Wheelchair? / ¿Usa silla de ruedas? ☐ Yes / Si ☐ No / No

Other Important Emergency Information / Otra información importante de emergencia

Immunizations / Vacunas

Where do you keep your medications? / ¿Dónde mantiene sus medicamentos?

Medications / Medicamentos

(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements) / (Prescripciones, Medicamento Sin Receta, Vitaminas, Hierbas Medicinales)

|               |                              |                         |
|---------------|------------------------------|-------------------------|
| Name / Nombre | Dose-Freq / Dosis-Frecuencia | Purpose / ¿Para Que Es? |
| Name / Nombre | Dose-Freq / Dosis-Frecuencia | Purpose / ¿Para Que Es? |
| Name / Nombre | Dose-Freq / Dosis-Frecuencia | Purpose / ¿Para Que Es? |
| Name / Nombre | Dose-Freq / Dosis-Frecuencia | Purpose / ¿Para Que Es? |
| Name / Nombre | Dose-Freq / Dosis-Frecuencia | Purpose / ¿Para Que Es? |
| Name / Nombre | Dose-Freq / Dosis-Frecuencia | Purpose / ¿Para Que Es? |
| Name / Nombre | Dose-Freq / Dosis-Frecuencia | Purpose / ¿Para Que Es? |
| Name / Nombre | Dose-Freq / Dosis-Frecuencia | Purpose / ¿Para Que Es? |
| Name / Nombre | Dose-Freq / Dosis-Frecuencia | Purpose / ¿Para Que Es? |

Please record all information in a manner easy to read by emergency medical personnel. Please update periodically.  
Por favor de registrar toda la información de una manera fácil de leer por personal médico de emergencia.  
For additional copies visit / para copias adicional visita: [metrohealth.org/falls-prevention](https://metrohealth.org/falls-prevention)