



VIAL OF LIFE FORM
Formulario de Información Vital

SHARP HEALTHCARE 1-800-827-4277

Información General

Nombre: _____ Fecha: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____
Fecha de nacimiento: __ __ / __ __ / __ __ Género: M __ F __
Estatura: __ Peso: __ Estado Civil: Soltero(a): __ Casado(a): __ Viudo(a): __ Divorciado(a) : __

Información de Seguro Médico

Número de Seguro Social (últimos 4 números): _____ Número de Medicare: _____
Seguro Médico Principal: _____ Número de Póliza: _____
Seguro Médico Secundario: _____ Número de Póliza: _____
¿Tiene usted una carta poder que indica sus decisiones médicas? Si __ No __
Nombre del apoderado de sus decisiones médicas: _____ Teléfono: _____
¿Ha llenado una orden para no ser resucitado(a)? Si __ No __ Si tiene una orden, entregue una copia.

Contactos en Caso de Emergencia

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Otras Personas Viviendo en el Mismo Hogar

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Mascota (nombre/tipo): _____ Cuidador de Mascota: _____ Teléfono: _____

Información Médica

Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____
Otro Médico: _____ Teléfono: _____
Especialista: _____ Teléfono: _____
Ubicación de los Expedientes Hospitalarios: _____
Presión Arterial Normal: _____
Alergias a los Medicamentos (especifique): _____
Alergia a los Alimentos (especifique): _____
¿Cuáles son sus problemas médicos? _____

Anote sus Cirugías Previas (tipo y fecha): _____



VIAL OF LIFE FORM
Formulario de Información Vital

SHARP HEALTHCARE 1-800-827-4277

¿Usa usted lo siguiente?

Dentaduras Si___ No___

Anteojos Si___ No___

Lentes de contacto Si___ No___

Aparatos auditivos Si___ No___

Oxígeno Si___ No___

¿Dónde guarda sus medicinas? _____

Anote debajo todas las medicinas que usted toma actualmente (incluya medicinas de receta médica, sin receta médica, vitaminas, suplementos herbarios, gotas, etc.)

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Horario: _____