

Specific Instructions

Instrucciones específicas

Hearing Impaired
Impedimento auditivo

Vision Impaired
Impedimento visual

Aphasia
Afasia

Paralysis
Parálisis

Dialysis (days): M T W Th F Sa Su
Diálisis (días): L M X J V S D

Chemotherapy (days): M T W Th F Sa Su
Quimioterapia (días): L M X J V S D

Radiation (days): M T W Th F Sa Su
Radiation (days): L M X J V S D

Medical History (check all applicable)

Historial médico (revise las que apliquen)

Heart Disease
Enfermedad cardíaca

Heart Failure
Paro cardíaco

Stroke
Derrame cerebral

Irregular Heart Rate
Latidos irregulares del corazón

Breathing Problems
Problemas respiratorios

Pneumonia
Pneumonía

Diabetes
Diabetes

Glaucoma
Glaucoma

Arthritis
Artritis

UTI:
Infección del tracto urinario

Cancer:
Cáncer

Pacemaker:
Marcapasos

Company / Compañía

Other:
Otros

Allergies

Alergias

Surgical History

Historial quirúrgico

Appendix
Apendicitis

Gallbladder
Vesícula biliar

Back
Espalda

Abdominal
Abdominal

Hysterectomy
Histerectomía

Cataracts
Cataratas

Heart:
Corazón:

Other:
Otros:

Vaccination History/Dates

Historial de vacunación y fechas

Tetanus:
Tétano:

Influenza:
Influenza:

Pneumonia:
Neumonía:

Zostavax (Shingles):
Zostavax:

Signature

Firma del paciente

Date this form was completed or updated

Fecha en que se completó o actualizó este formulario

DISCLAIMER: The accuracy and completeness of the information on this form is the sole responsibility of the individual completing the form. The Plan in a Can project assumes no liability for out of date or inaccurate information.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: la exactitud e integridad de la información en este formulario es responsabilidad exclusiva de la persona que completa el formulario. El plan en un proyecto de Can no asume ninguna responsabilidad por la información obsoleta o inexacta.

PLAN IN A CAN

PLAN EN UNA LATA

MY MEDICAL INFORMATION INFORMACIÓN MÉDICA

Personal Information

Información personal

Full Name

Nombre completo

Street Address

Dirección

City

La ciudad

State

Estado

Zip

Código postal

Phone Number

Teléfono

Birth Date

Fecha de nacimiento

Emergency Contact #1

Contacto de emergencia #1

Phone Number

Teléfono

Emergency Contact #2

Contacto de emergencia #2

Phone Number

Teléfono

Primary Physician

Médico de cabecera

Phone Number

Teléfono

Specialist

Especialista

Phone Number

Teléfono

IMPORTANT: DO YOU TAKE A BLOOD THINNER MEDICATION?

Importante: ¿Toma usted un medicamento anticoagulante?

YES **NO**
Si No

If Yes, list Name and Dose: _____

En caso afirmativo, indique el nombre y la dosis:

List all Prescription Medications:

Enumere todas las prescripciones médicas que usa:

Name _____ Dose _____ Frequency of Use _____
Medicina Dosis Frecuencia en uso

Name _____ Dose _____ Frequency of Use _____

Name _____ Dose _____ Frequency of Use _____

Name _____ Dose _____ Frequency of Use _____

Name _____ Dose _____ Frequency of Use _____

Name _____ Dose _____ Frequency of Use _____

Name _____ Dose _____ Frequency of Use _____

Name _____ Dose _____ Frequency of Use _____

List all Over-the-Counter Medications, Pain Relief, Vitamins or Herbal Supplements:

Haga una lista de todas las medicinas no prescritas que usa: alivio para dolores, vitaminas o suplementos herbales.

Name _____ Dose _____ Frequency of Use _____
Medicina Dosis Frecuencia en uso

Name _____ Dose _____ Frequency of Use _____

Name _____ Dose _____ Frequency of Use _____

Name _____ Dose _____ Frequency of Use _____

Blood Type (if known) _____
Tipo de sangre (si se conoce)

Have you named a health agent?
¿Has nombrado a un agente de salud?

Name _____
Nombre

Phone Number _____
Teléfono

Notes
Notas

