



Archivo L.I.F.E.

INFORMACIÓN VITAL PARA EMERGENCIAS



INSTRUCCIONES

El archivo L.I.F.E. permite al personal médico de emergencias localizar rápidamente información útil sobre su historial médico en un momento de crisis. Es muy importante que mantenga esta información actualizada, precisa y colocada en un lugar visible de su **REFRIGERADOR**.

1. Por favor rellene completamente el formulario del archivo L.I.F.E.
2. Doble el formulario archivo L.I.F.E. y colóquelo dentro del sobre magnético.
3. Adjunte en el sobre copias de directivas anticipadas (DNR (No reanimar), POLST(Órdenes médicas de tratamiento para prolongar la vida), testamento en vida, etc).
4. Coloque el sobre L.I.F.E. en la puerta o en el costado de su **REFRIGERADOR**.

El sobre magnetico del archivo L.I.F.E. está disponible de forma gratuita como servicio público de los servicios médicos de emergencia del Condado de Santa Clara. Puede obtener un sobre magnético comunicándose con el departamento de bomberos local o con la ambulancia del Condado de Santa Clara. Para obtener un formulario en blanco del archivo L.I.F.E, visite el sitio web de EMS Santa Clara County www.sccemsagency.org.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____ Fech.Nac: _____

Dirección: _____ Genero: M F

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Teléfono: _____ Hospital de preferencia: _____

Idioma principal: _____ Peso: _____ lbs (o) _____ kg

Seguro médico: _____ # seguro méd. _____

Directivas anticipadas (DNR, POLST, testamento en vida, poder legal duradero): Sí No

Para más información sobre las directivas médicas anticipadas, consulte www.sccemsagency.org

Nombre del doctor: _____ Teléfono: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ # de teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ # de teléfono: _____

Fecha de completación: _____ Fecha de actualización: _____

HISTORIAL MÉDICO

PROBLEMAS MÉDICOS (marque lo que corresponda): Derrame cerebral Problemas cardíacos

Demencia Diabetes EOPC Asma Enfisema Presión arterial alta Convulsiones

OTROS PROBLEMAS (médicos o quirúrgicos):

Horario de diálisis (marque con un círculo): lun. mart. miérc. juev. vier. sáb. dom. AM PM

Tubo de drenaje para diálisis: Izquierda Derecha Ambas

Alergias (a medicamentos o del medio ambiente):

MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

Información adicional: *(Por favor incluya toda información o instrucciones que pudieran ser útiles para los socorristas en caso de una emergencia personal).*