

My Medication Allergies/ Mis Alergias de la Medicina

Circle if allergic to: Shellfish Iodine Latex

Circule si es alérgico a: crustáceos yodo Latéx

My Health Conditions/ Mis condiciones de salud:

** List All Medications On Back of Form

** Enumere Toda la Medicación en
la Parte Posterior de la Forma

My Pharmacy/Mi Farmacia:

Pharmacy Name/Nombre de la farmacia

Pharmacy Address/Dirección de la farmacia

Pharmacy Phone/Teléfono de la farmacia:

Pharmacy Fax/Fax de la farmacia:

Insurance/Seguro: _____

Card#/
Número de tarjeta: _____

My Doctors/Mis Doctores:

_____ Primary Care/ Atención Primaria

Please **circle** if you have a:

Pacemaker Dentures Hearing Aids

circule por favor si usted tiene:

Marcapasos Dentaduras Audifonos

Last Updated/Fecha de Actualizado

VIAL OF LIFE

for/para

My Name/Mi Nombre

My Birthdate/Mi fecha de nacimiento

Next of Kin/Guardian/Agent
Siguiente de Parentescos/Tutor/Agente

Phone Number of Next of Kin/Guardian/Agent
Numero de Teléfono de Siguiente de Parentescos/Tutor/Agente

Living Will/End of Life Documents

Location _____

Testamento/Documentos Finales de la Vida

Localización _____

Primary Language/Lengua Primaria:



THE SENIOR SOURCE®

My Current Medications/Mis Medicinas Actuales

Medication/ Medicinas	Dose in mg./ Dosis en mg.	How Often Do You Take It? Que Tan Frecuente Los Toma?	Doctor Who Prescribed It/ Doctor Que Lo Prescribio	Used For/ Utilizado Para: