



Borough of Dunellen
355 North Avenue
Dunellen, NJ 08812
Tel: 732-968-3033
www.dunellen-nj.gov

Office of the Mayor
O: 732-882-4551
E: jcilento@dunellen-nj.gov
FB: facebook.com/MayorCilento
Instagram: @mayorcilento

Dear Dunellen Neighbor,

Medical emergencies can happen at any time and to anyone. First responders and medical professionals who come to help need quick answers to many important questions to determine the best care for the patient. Unfortunately, patients, caregivers and loved ones are sometimes unable to provide essential medical information in a timely manner. Delays in receiving care can affect the outcomes of these types of emergencies, especially in life-or-death situations.

To bridge this gap, the Borough of Dunellen has created a form called *All About Me* that conveniently puts your most important medical information in one place. The form, which is on the reverse side of this letter, provides space to list your emergency contacts, medical diagnoses, medications, allergies, recent surgeries and more. **Please complete the *All About Me* form and hang it on your refrigerator or in a noticeable place.** Equipped with your pre-written medical information, first responders will be able to make swift decisions about your care. They will be able to immediately begin treatment, notify loved ones of the emergency and pass important information along to the doctors and nurses in the emergency room.

Yours very truly,

Jason F. Cilento, Mayor

Daniel Smith, Chief

Estimado vecino de Dunellen,

Las emergencias médicas pueden ocurrir en cualquier momento ya cualquier persona. Los profesionales médicos que vienen a ayudar necesitan respuestas rápidas a muchas preguntas importantes para determinar la mejor atención para el paciente. Desafortunadamente, los pacientes, cuidadores y seres queridos a veces no pueden proporcionar información médica esencial de manera oportuna. Los retrasos en recibir atención pueden afectar los resultados de este tipo de emergencias, especialmente en situaciones de vida o muerte.

Para cerrar esta brecha, el Municipio de Dunellen ha creado un formulario llamado Todo sobre mí que convenientemente pone su información médica más importante en un solo lugar. El formulario, que se encuentra al reverso de esta carta, brinda espacio para enumerar sus contactos de emergencia, diagnósticos médicos, medicamentos, alergias, cirugías recientes y más. Complete el formulario Todo sobre mí y cuélguelo en su refrigerador o en un lugar visible. Equipados con su información médica escrita previamente, los primeros en responder podrán tomar decisiones rápidas sobre su atención. Podrán comenzar el tratamiento de inmediato, notificar a sus seres queridos sobre la emergencia y transmitir información importante a los médicos y enfermeras en la sala de emergencias.

Atentamente,

Jason F. Cilento, Alcalde

Daniel Smith, Jefe de policia

All About Me



Find a copy of this form at www.dunellen-nj.gov. On the yellow banner of the website, click the Forms link and search for the *All About Me* medical form. Or you can pick up a copy at Borough Hall or the Dunellen Public Library.

Todo sobre mí formulario médico | Encuentre una versión en español de este formulario en: www.dunellen-nj.gov y haga clic en el enlace Formularios del banner amarillo del sitio web; las copias impresas están disponibles en Borough Hall y la Biblioteca Pública de Dunellen.

PERSONAL DATA		MEDICAL HISTORY <i>(Check all that apply.)</i>	
My name		<input type="checkbox"/> No known medical conditions	<input type="checkbox"/> Hearing loss
Address		<input type="checkbox"/> Abnormal EKG	<input type="checkbox"/> Hypertension
Date of birth		<input type="checkbox"/> Adrenal insufficiency	<input type="checkbox"/> Hypoglycemia
Gender	Female Male Non-binary Other	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Kidney disease
Religion		<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Laryngectomy
EMERGENCY CONTACTS		<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Leukemia
Name 1		<input type="checkbox"/> Bleeding disorder	<input type="checkbox"/> Lymphomas
Phone		<input type="checkbox"/> Cancer _____	<input type="checkbox"/> Pacemaker
Name 2		<input type="checkbox"/> Cardiac dysrhythmia	<input type="checkbox"/> Renal failure
Phone		<input type="checkbox"/> Clotting disorder	<input type="checkbox"/> Seizure disorder
Name 3		<input type="checkbox"/> Coronary bypass graft	<input type="checkbox"/> Stroke
Phone		<input type="checkbox"/> Dementia/Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Vision impaired
MEDICAL INFORMATION		<input type="checkbox"/> Diabetes	
I updated this form on:	<i>(Write the date.)</i>	List other diagnoses/disabilities/recent surgeries:	
Doctor		_____	
Phone		_____	
Doctor		_____	
Phone		_____	
Doctor		_____	
Phone		_____	
MEDICAL INSURANCE		MEDICATIONS	
Medicare #		Medication name	Dose Frequency
Medicaid #		_____	_____
Other Insurance		_____	_____
Policy #		_____	_____
PHARMACY		I AM ALLERGIC TO THE FOLLOWING MEDICATIONS:	
Name		_____	_____
Phone		_____	_____
Special Medical Equipment		Organ Donor	Yes No
_____		Do you have an EMS NO CPR Directive or DNR Order?	Yes No
_____		If you have a NO CPR or DNR, you must attach the signed and notarized legal document to this completed form.	
_____		Blood Type	_____