

# TODO SOBRE MI



Encuentre una copia de este formulario en [www.dunellen-nj.gov](http://www.dunellen-nj.gov). En el banner amarillo del sitio web, haga clic en el enlace Formularios y busque el formulario médico Todo sobre mí. O puede recoger una copia en Borough Hall o en la Biblioteca Pública de Dunellen. \*Este formulario se creó con Google Translate y es posible que no esté traducido correctamente.\*

INFORMACIÓN PERSONAL		HISTORIAL MÉDICO <i>(Marque todo lo que corresponda.)</i>	
Nombre		<input type="checkbox"/> Sin condiciones conocidas/No known	<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición/Hearing loss
Dirección		<input type="checkbox"/> Electrocardiograma anormal/ Abnormal EKG	<input type="checkbox"/> Hipertensión/Hypertension
Fecha de nacimiento		<input type="checkbox"/> Insuficiencia suprarrenal/Adrenal insufficiency	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia/Hypoglycemia
Género	Femenina    Masculino    No binario    Otro	<input type="checkbox"/> Angina/Angina	<input type="checkbox"/> Nefropatía/Kidney disease
Religión		<input type="checkbox"/> Anemia/ Anemia	<input type="checkbox"/> Laringectomía/Laryngectomy
CONTACTOS DE EMERGENCIA		<input type="checkbox"/> Asma/Asthma	<input type="checkbox"/> Leucemia/Leukemia
Nombre		<input type="checkbox"/> Desorden sangrante/Bleeding disorder	<input type="checkbox"/> Linfomas/Lymphomas
Número de teléfono		<input type="checkbox"/> Cáncer/Cancer _____	<input type="checkbox"/> Marcapasos/Pacemaker
Nombre		<input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca/Cardiac dysrhythmia	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal Renal
Número de teléfono		<input type="checkbox"/> Trastorno de la coagulación/Clotting	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Seizure
Nombre		<input type="checkbox"/> Injerto de bypass coronario/Coronary	<input type="checkbox"/> Ataque/Stroke
Número de teléfono		<input type="checkbox"/> Demencia/Alzheimer's	<input type="checkbox"/> Problemas de visión/ Vision impaired
MIS DOCTORES		<input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes	
Formulario de fecha completado.		Otro diagnóstico médico:	
El nombre del doctor		_____	
Número de teléfono		_____	
El nombre del doctor		_____	
Número de teléfono		_____	
El nombre del doctor		_____	
Número de teléfono		_____	
SEGURO MÉDICO		MEDICAMENTOS	
Medicare #		Nombre del medicamento	Dosis      Frecuencia
Medicaid #		_____	_____
Other Insurance		_____	_____
Número de póliza de seguro		_____	_____
FARMACIA		MEDICAMENTOS A LOS QUE SOY ALÉRGICO	
Nombre		_____	_____
Número de teléfono		_____	_____
		Donante de órganos	Sí      No
		¿Tienes un EMS? ¿NINGUNA	
		Directiva de CPR u Orden DNR?	Sí      No
		Si NO tiene CPR o DNR, debe adjuntar el documento legal firmado y notariado a este formulario completo.	
		Tipo de sangre	_____