

DREXEL HEIGHTS FIRE DISTRICT VIAL OF LIFE

1. Fill out form. (One form per family member)
2. Put completed form(s) inside plastic vial and put the vial with other medications.
3. Place enclosed sticker on exterior of cabinet or refrigerator where vial is stored.

Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____

Phone: _____ SSN: _____

Health Insurance: _____ Physician: _____

Policy Number: _____ Group Number: _____

MEDICAL CONDITIONS: Please check the appropriate box(s) if you have any of the following:

- | | | |
|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Seizures |
| <input type="checkbox"/> Emphysema | <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Heart Attacks | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker/Defibrillator | <input type="checkbox"/> Heart Bypass Surgery | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Other: (Please explain) _____ | | |

ALLERGIES TO MEDICATIONS: _____

MEDICATIONS PRESENTLY TAKING:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EMERGENCY CONTACT: _____ **PHONE:** _____

NEXT OF KIN: _____ **PHONE:** _____

IF YOU ARE AN ORGAN DONOR OR HAVE ADVANCED DIRECTIVES (DNR)
PLEASE KEEP A COPY OF YOUR PAPERWORK WITH THIS FORM.
HAVING THIS FORM PROPERLY FILLED OUT BEFORE AN EMERGENCY CAN SAVE EMERGENCY PERSONNEL
PRECIOUS TIME AND POSSIBLY YOUR LIFE.

PLEASE FILL OUT A FROM FOR EVERY PERSON IN YOUR HOUSEHOLD
YOU CAN ALSO USE THESE FOR YOUR VEHICLE BY PUTTING THE INFORMATION INSIDE YOUR GLOVEBOX
FOR MORE INFORMATION OR IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CONTACT 883-4341
REMEMBER, PLEASE KEEP THIS FORM UPDATED

KEEP WITH MEDICATIONS OR IN VEHICLE GLOVE BOX

DEPARTAMENTO DE BOMBEROS DREXEL HEIGHTS

FRASCO DE VIDA

1. Llene esta forma.
2. Ponga la forma completada en el frasco y el frasco en el refrigerador.
3. Ponga la calcomania incluida afuera del refrigerador.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Numero de Telefono: _____ Numero del Seguro Social: _____

Seguro de salud: _____ Doctor: _____

Numero de Poliza: _____ Numero del Grupo: _____

CONDICIONES MEDICAS: Por favor marque si tiene lo(s) proximo:

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presion Alta | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Efisema | <input type="checkbox"/> Presion Baja | <input type="checkbox"/> Embolio |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Ataque Cardiaco | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Marcapaso | <input type="checkbox"/> Cirugia de desviacion del Corazon | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Otro: (por favor de explicar) _____ | | |

ALERGIA A MEDICINAS: _____

MEDICINAS QUE ESTA TOMANDO: (Por favor poner en lista)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CONTACTO EN UNA EMERGENCIA: _____ **TELEFONO:** _____

PARIENTE: _____ **TELEFONO:** _____

Si usted es un donativo de organo, o tiene directives avanzados medicos, por favor tenga una copia con esta forma.

Teniendo esta forma llenada propia antes de una emergencia puede salvar tiempo precioso y posiblemente su vida.

Por favor llene un forma para cada persona en su familia y tengalo corriente. Para mas informacion o si tiene preguntas, por favor hablenos al 883-4341

DEJE PUESTO EN SU REFRIGERADOR