

FIRST+FILE™

Saves Time, Saves Lives

FIRSTFILE.org

 1st-File

785-783-2131

1 **Fill out the form located on the reverse side by answering all pertinent questions and place back in file. // Complete la forma al reverso de esta hoja. Conteste las preguntas pertinentes y coloque en el sobre.**

- Call FIRST FILE at 785-783-2131 to request new forms or download at www.FIRSTFILE.org // Llame FIRST FILE al 785-783-2131 para pedir más formas o descargarla en www.FIRSTFILE.org

2 **Place the following items in the First File: // Coloque los siguientes documentos en el sobre First+File:**

- Copy of EKG, do not resuscitate (DNR) orders, notarized living will or equivalent. // Copias de electrocardiogramas (EKG), Órdenes de No Resucitación (DNR), testamento notariado o documento equivalente
- Recent photograph of individual listed on front. // Fotografía reciente del individuo que aparece en frente del sobre
- Medication list (review or update as often as necessary to keep up-to-date) // Lista de medicamentos (révisela y cámbiela como sea necesario para estar al corriente)

3 **Place the First+File in the glovebox or sun visor // Coloque el sobre First+File en la guantera o el visor de su auto.**

4 **Place the First+File sticker on the outside rear windshield, top right hand corner. // Coloque la calcomanía de First+File en el parabrisas, en la esquina superior, a lado derecho.**



BASIC INFORMATION // INFORMACIÓN BÁSICA

Date // Fecha

Full legal name // Nombre Legal Completo

Phone number // Número de Teléfono

Home address // Dirección en Casa

Recent picture
Fotografía reciente

Date of birth // Fecha de Nacimiento

Primary language // Lenguaje Primario

Gender // Género (M/F)

Height // Altura

Weight // Peso

Hair color // Color de Pelo

Eye color // Color de Ojos

EMERGENCY CONTACTS // CONTACTOS DE EMERGENCIA

Name and phone number // Nombre y Número de Teléfono

Relationship // Relación

May we release your health information
to this person? // ¿Podemos compartir
información de su salud con esta persona?

YES // SI

NO // NO

Name and phone number // Nombre y Número de Teléfono

Relationship // Relación

May we release your health information
to this person? // ¿Podemos compartir
información de su salud con esta persona?

YES // SI

NO // NO

MEDICAL INFORMATION // INFORMACIÓN MÉDICA

Deaf/Very hard of hearing // Sordo/No Escucha Bien

Glasses/Contacts // Usa Gafas/Lentes de Contacto

YES // SI

NO // NO

YES // SI

NO // NO

Identifying Marks/Tattoos // Marcas de Identidad/Tatuajes o Lunares

Physicians & phone numbers // Su Medico/Doctor y Numero de Teléfono

Medication allergies // Alergias a Medicamentos

Current Medical Conditions You Are Being Treated For // Condiciones Médicas por las que Usted Recibe Tratamientos Hasta Hoy

Medical Conditions You Have Been Treated for in the Past // Condiciones Médicas por las que Usted Ha Recibido Tratamientos en el Pasado

Medical Implants, Pacemaker, Metal Plates, Hip Replacement... // Implantes Médicos, Marcapasos, Platos Metálicos, Reemplazos de Coyunturas (rodilla/pelvis, etc.);

LONG-TERM CARETAKER INFORMATION // INFORMACIÓN PARA CUIDADO A LARGO PLAZO

Hospital choice // Hospital Preferido

Hospice preference // Hospicio Preferido

Funeral home of choice //
// Casa Funeraria Preferida