

How to use // Como Utilizar



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).
- Copies of Health Insurance Information. // Copias de Información de Seguro de Salud.

3

Place the First File on your refrigerator where First Responders can easily find it. // Coloque su sobre First File en su refrigerador donde rescatistas puedan encontrarlo fácilmente.

4

Place the First File label on the front door jamb at eye level where First Responders can easily find it. // Coloque la calcomanía First File en su puerta del frente a nivel que los rescatistas puedan verla fácilmente.



BASIC INFORMATION // INFORMACIÓN BÁSICA				Date // Fecha	
Full legal name // Nombre Legal Completo		Phone number // Número de Teléfono		Recent picture Fotografía reciente	
Home address // Dirección en Casa					
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 YES // SI NO // NO	Glasses/Contacts // Usa Gafas/Lentes de Contacto 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

