

Medical History: Guidelines for completing form (This file can be printed using color or black ink)

It is important to review and up date this form frequently so that in case of an emergency, the medical authorities will have current information. *If you need to include more information, you can add additional lines in any category.* Make several copies to keep in a convenient accessible location in your home, to give to your POA or lawyer and place in your Personal Folder in which you have stored all your pertinent documents.

*In most cases, the person who responds to an emergency will not speak or read English. Therefore the titles are given in Spanish. If possible, please provide your information in Spanish as well. For your convenience, the following are the headings and titles in both **Spanish** and English.*

- A. Soy alérgico a los siguientes medicamentos:** I am allergic to the following medications (state type):
 Llevo lentes o lentes de contacto I wear eye glasses/contacts
 Uso audífonos I wear hearing aids
 Tipo de Sangre Blood Type

B. Información personal

Personal Information

- B1. Nombre** Name
 Apellido Last Name
 Primer Nombre First Name
 Estado civil Marital Status (Single, Married, Divorced, Widowed)
 Fecha de nacimiento Date of Birth (dd/mo/year)
 Altura Height (state whether metric or imperial)
 Peso Weight (state whether Lbs or Kgs.)
 Color de los ojos Eye Colour
 Color del pelo Hair Colour
- B2. Dirección local** **Local Address**
 Calle o Edificio Street name or name of building
 Ciudad City (Ecuador)
 Primer teléfono Primary Phone number
 Correo electrónico Email address
- B3. Permiso de Residencia** **Residency status**
 Tipo de residencia / visa Type of Residency/Visa (Temporary, Permanent, Citizen)
 Número de cedula o pasaporte(s) Cedula number or Passport numbers (Ecuadorian and other)
 Soy un ciudadano de estos países Citizenships (Ecuador, USA, Canada, etc.)
- B4. Seguro de salud** **Health Insurance Company**
 Número de cuenta Account number
 Hospital de preferencia: Name of hospital you prefer to be taken (if possible to choose)
- B5. En caso de emergencia** **In case of emergency**
 Nombre/ Relación/Teléfono Name/Relationship/Telephone

C. Médica

Medical Information

- C1. Tipo de Medicos** Physicians (List as Primary care OR by their specialty)
 Nombre/telefono/ correo electrónico Name, Phone or Email
- C2.** *The information on past treatments and conditions will assist emergency and hospital personnel to assess your condition and determine what treatment(s) you require.*
Indique (X) todas las afecciones médicas por las que está siendo tratado o por las que ha sido tratado en el pasado.
 Indicate (X) all medical conditions that you are being treated for or have been treated for in the past.

Alergias Allergies	Trastornos oculares / Glaucoma Eye Disorder/Glaucoma	Problemas neurológicos Neurological problems
Anemia/Los Trastornos Sanguíneos Anemia/Blood Disorders	Ojos: user lentes o contactos Eyes: wear glasses or contacts	Enfermedades del corazón / Murmulla/Angina Heart disease/Murmur/Angina
	Problemas de oído Ear problems	

Asma Asthma	Dolar de Cabeza / Migrana Headaches/migraines	Atención psiquiátrica Psychiatric care
Presión sanguínea (alta) Blood Pressure (High)	Acidez / Reflujo Heartburn/Reflux	Falta de aliento Shortness of breath
Presión sanguínea (bajo) Blood Pressure (Low)	Problemas de movilidad Mobility issues	Problemas de sinusitis Sinus problems
Cáncer Cancer	Hepatitis / Hepatitis A B or C (especificar /specify)	Infarto cerebral Stroke
Colitis Colitis	Colesterol alto High Cholesterol	Tobillos hinchados Swollen ankles
Dentaduras Dentures	Problemas de riñón / vejiga Kidney/Bladder problems	Problemas tiroideos Thyroid problems
Depresión / Ansiedad Depression/Anxiety	Problemas de hígado Liver problems	VIH/AIDS HIV/AIDS
Diabetes Diabetes	Problemas pulmonares Lung problems	Tuberculosis Tuberculous

C3. Describa cualquier condición o tratamiento médico importante actual o pasado que no se haya mencionado anteriormente: Describe any current or past major medical condition or treatment not listed:

C4. Haga una lista de sus cirugías mayores pasadas: List your past major surgeries:

Cirugía Surgery	Hospital / País Hospital/Country	Fecha de cirugía Date of surgery
------------------------	---	--

C5. Listar todos los medicamentos recetados y suplementos:

List all prescribed medications and supplements:

C6. Listar todas las alergias (medicamentos, ambientales, otros):

List all allergies (medications, environmental, other):

Alergia: Allergy:		Llevas medicación /Epipen contigo? Especificar la dosis Do you carry medication/Epipen with you? Specify dose	
C6. ¿Usted actualmente: Do you currently:		En caso afirmativo: If yes:	Si no, en el pasado: If not, in the past:
	Si Yes	No No	¿Cuándo dejaste? When did you quit?
Fumar Smoke			¿Número de cigarrillos por día? # of cigarettes per day
Alcohol, cerveza, vino Alcohol, beer, wine, etc.			¿Número de bebidas por semana? # of drinks per week:
Café / Té Coffee/tea			¿Número de tazas por día? # of cups per day:
C7. Historia familiar Family History:		Vive Living	Edad (o edad de muerte) Age (or age at time of death)
		Si No	Enumere las enfermedades graves y si corresponde causa de muerte. List serious illnesses and if applicable cause of death
Madre Mother			
Padre Father			
Hermano/a M F			
Brother or Sister			

NOTAS: Notes: