

**VIAL OF LIFE**  
(VIAL OF LIFE)



정보 및 지원  
**1-800-339-4661**

업데이트

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

이름 \_\_\_\_\_  
(Name)

시각장애인 (Blind)       청각장애인 (Deaf)       알츠하이머병 또는 관련 치매 (Alzheimer's Disease or Related Dementia)

주소 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_  
(Address) (City) (Zip code)

전화번호 \_\_\_\_\_      남성       여성       생년월일 \_\_\_\_\_  
(Phone #) (Male) (Female) (Date of Birth)

사회보장번호(마지막 4자리) \_\_\_\_\_  
(Social Security Number (last four digits))

Medicare 번호(마지막 4자리) \_\_\_\_\_  
(Medicare Number (last four digits))

기타 보험 \_\_\_\_\_ 정책 번호 \_\_\_\_\_  
(Other Insurance) (Policy Number)

사전 의료 지시서가 있습니까?      예       아니요   
(Do you have an Advance Health Care Directive?) (Yes) (No)

예인 경우, 위치      에이전트      전화번호  
(If yes, location) (Agent) (Phone)

"소생 금지 명령서"가 있습니까?      예       아니요   
(Do you have a 'Do Not Resuscitate Order?') (Yes) (No)

Sheriff의 "Take Me Home"에 등록되었습니까?      예       아니요   
(Registered with Sheriff's 'Take Me Home?') (Yes) (No)

**비상 연락처 (EMERGENCY CONTACTS)**

이름 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_ 전화번호 및 이메일 \_\_\_\_\_  
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

이름 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_ 전화번호 및 이메일 \_\_\_\_\_  
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

간병인 \_\_\_\_\_ 전화번호 및 이메일 \_\_\_\_\_  
(Caregiver) (Phone #)

성직자 \_\_\_\_\_ 전화번호 및 이메일 \_\_\_\_\_  
(Clergy) (Phone #)

**애완 동물 정보**      이름 및 유형 \_\_\_\_\_  
(PET'S INFORMATION) (Name & Type)

수의사 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_  
(Veterinarian) (Phone #)

**의료 정보**  
(MEDICAL INFORMATION)

주치의 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_  
(Primary Doctor) (Phone #)

2차 의사 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_  
(Secondary Doctor) (Phone #)

병원 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_  
(Hospital) (Phone #)

키 \_\_\_\_\_ 몸무게 \_\_\_\_\_ 혈액형 \_\_\_\_\_  
(Height) (Weight) (Blood Type)

정상 혈압 \_\_\_\_\_  
(Normal Blood Pressure)

약이나 음식에 대한 알레르기 \_\_\_\_\_  
(Allergies to drugs or foods)

적용되는 모든 의학적 상태를 기재하십시오(예: 심장병, 당뇨, 고혈압, 뇌졸중). \_\_\_\_\_  
(Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)

수술 (유형 및 날짜)  
(Surgeries (type and date))

귀하는

(Do you?)

틀니를 착용하십니까?  
(Wear dentures?)

예  아니요   
(Yes) (No)

안경을 착용하십니까?  
(Wear glasses?)

예  아니요   
(Yes) (No)

콘택트 렌즈를 착용하십니까?  
(Wear contacts?)

예  아니요   
(Yes) (No)

산소를 사용하십니까?  
(Use Oxygen?)

예  아니요   
(Yes) (No)

보청기를 착용하십니까?  
(Wear hearing aids?)

예  아니요   
(Yes) (No)

휠체어를 사용하십니까?  
(Wheelchair?)

예  아니요   
(Yes) (No)

기타 중요한 비상 사태 정보

(Other Important Emergency Information)

예방접종

(Immunizations)

의약품을 어디에 보관하십니까?

(Where do you keep your medications?)

의약품 (MEDICATIONS)

(처방약, 비처방약, 비타민, 약초 보조제)

(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

이름 (Name)	복용량-빈도 (Dose-Freq)	목적 (Purpose)
이름 (Name)	복용량-빈도 (Dose-Freq)	목적 (Purpose)
이름 (Name)	복용량-빈도 (Dose-Freq)	목적 (Purpose)
이름 (Name)	복용량-빈도 (Dose-Freq)	목적 (Purpose)
이름 (Name)	복용량-빈도 (Dose-Freq)	목적 (Purpose)
이름 (Name)	복용량-빈도 (Dose-Freq)	목적 (Purpose)
이름 (Name)	복용량-빈도 (Dose-Freq)	목적 (Purpose)
이름 (Name)	복용량-빈도 (Dose-Freq)	목적 (Purpose)
이름 (Name)	복용량-빈도 (Dose-Freq)	목적 (Purpose)
이름 (Name)	복용량-빈도 (Dose-Freq)	목적 (Purpose)

응급 의료 담당자가 쉽게 읽을 수 있도록 모든 정보를 기록해 두십시오.