

**VIAL OF**  
(VIAL OF LIFE)



**SỐNG KHỎE**  
SAN DIEGO  
LIVEWELLSD.ORG



Thông tin & Hỗ trợ  
**1-800-339-4661**

Ngày cập nhật

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

Tên \_\_\_\_\_  
(Name)

Mù  
(Blind)

Điếc  
(Deaf)

Bệnh Alzheimer hoặc chứng sa sút trí tuệ có liên quan  
(Alzheimer's Disease or Related Dementia)

Địa chỉ \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
(Address) (City) (Zip code)

Số điện thoại \_\_\_\_\_ Nam  Nữ  Ngày sinh \_\_\_\_\_  
(Phone #) (Male) (Female) (Date of Birth)

Số An sinh Xã hội (bốn chữ số cuối) \_\_\_\_\_  
(Social Security Number (last four digits))

Số Y tế (bốn chữ số cuối) \_\_\_\_\_  
(Medicare Number (last four digits))

Bảo hiểm khác \_\_\_\_\_ Số hợp đồng \_\_\_\_\_  
(Other Insurance) (Policy Number)

Quý vị có Chỉ thị Chăm sóc Sức khỏe Trước không? \_\_\_\_\_ Có  Không   
(Do you have an Advance Health Care Directive?) (Yes) (No)

Nếu có, vị trí \_\_\_\_\_ Đại lý \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_  
(If yes, location) (Agent) (Phone)

Quý vị có "Lệnh không hồi sức" không? \_\_\_\_\_ Có  Không   
(Do you have a "Do Not Resuscitate Order"?) (Yes) (No)

Quý vị đã đăng ký chương trình "Take Me Home" (Đưa tôi về nhà) của Sheriff chưa? \_\_\_\_\_ Có  Không   
(Registered with Sheriff's "Take Me Home"?) (Yes) (No)

**Số liên hệ trong trường hợp khẩn cấp (EMERGENCY CONTACTS)**

Tên \_\_\_\_\_ Mọi quan hệ \_\_\_\_\_ Số điện thoại và E-mail \_\_\_\_\_  
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

Tên \_\_\_\_\_ Mọi quan hệ \_\_\_\_\_ Số điện thoại và E-mail \_\_\_\_\_  
(Name) (Relationship) (Phone #, E-mail)

Người chăm sóc \_\_\_\_\_ Số điện thoại và E-mail \_\_\_\_\_  
(Caregiver) (Phone #)

Giới tăng lữ \_\_\_\_\_ Số điện thoại và E-mail \_\_\_\_\_  
(Clergy) (Phone #)

**Thông tin về vật nuôi** \_\_\_\_\_ Tên & Loại \_\_\_\_\_  
(PET'S INFORMATION) (Name & Type)

Bác sĩ thú y \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_  
(Veterinarian) (Phone #)

**Thông tin y tế** \_\_\_\_\_  
(MEDICAL INFORMATION)

Bác sĩ chính \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_  
(Primary Doctor) (Phone #)

Bác sĩ phụ \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_  
(Secondary Doctor) (Phone #)

Bệnh viện \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_  
(Hospital) (Phone #)

Chiều cao \_\_\_\_\_ Cân nặng \_\_\_\_\_ Nhóm máu \_\_\_\_\_  
(Height) (Weight) (Blood Type)

Huyết áp bình thường \_\_\_\_\_  
(Normal Blood Pressure)

Dị ứng với thuốc hoặc thực phẩm \_\_\_\_\_  
(Allergies to drugs or foods)

Vui lòng liệt kê bất kỳ điều kiện y tế nào áp dụng (ví dụ: tim, tiểu đường, tăng huyết áp, đột quỵ) \_\_\_\_\_  
(Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)

**Phẫu thuật** (loại và ngày tháng)  
(Surgeries (type and date))

**Quý vị có?**  
(Do you?)

Đeo răng giả?  
(Wear dentures?)

Có   
(Yes)

Không   
(No)

Đeo kính?  
(Wear glasses?)

Có   
(Yes)

Không   
(No)

Đeo kính áp tròng?  
(Wear contacts?)

Có   
(Yes)

Không   
(No)

Sử dụng Oxy?  
(Use Oxygen?)

Có   
(Yes)

Không   
(No)

Đeo máy trợ thính?  
(Wear hearing aids?)

Có   
(Yes)

Không   
(No)

Xe lăn?  
(Wheelchair?)

Có   
(Yes)

Không   
(No)

**Thông tin khẩn cấp quan trọng khác**  
(Other Important Emergency Information)

**Chích ngừa**  
(Immunizations)

**Quý vị cất thuốc ở đâu?**

(Where do you keep your medications?)

**Thuốc** (MEDICATIONS)

(Thuốc kê toa, Thuốc mua không theo đơn, Vitamin, Thuốc bổ từ thảo dược)  
(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)
Tên (Name)	Liều lượng - Mức độ thường xuyên (Dose-Freq)	Mục đích (Purpose)

**Vui lòng ghi lại tất cả thông tin theo cách nhân viên y tế khẩn cấp dễ đọc.**  
(Please record all information in a manner easy to read by emergency medical personnel.)