

VIAL OF L.I.F.E.

Lifesaving Information For Emergencies

PATIENT INFORMATION:

Name:	Date of Birth:
Address:	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
City: State:	Zip Code:
Social Security No.:	Phone: ()

Primary medical problems:
Doctors name: Doctors phone:
Hospital preference: Have you been a patient there? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Medicare #: Other health insurance: Policy #

HEALTH INFORMATION

Current medications / Dose
(If you need to list others, please attach list to this form)

Medical Problems:
<input type="checkbox"/> Heart <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dizziness
<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Seizures <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Hypoglycemia <input type="checkbox"/> Epilepsy
<input type="checkbox"/> Hemophilia <input type="checkbox"/> Emphysema <input type="checkbox"/> Stroke
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure
-
<input type="checkbox"/> Other (list)

Allergies to Medication:
Do you have an Advanced Directive or DNR? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Where is it?

EMERGENCY CONTACTS:

Name	Relationship:	Phone:
Name	Relationship:	Phone:

I certify that the information on this form is accurate and up-to-date. I also understand that emergency personnel may rely on this information and I agree not to hold emergency personnel responsible for inaccurate or out of date information.

SIGNATURE (REQUIRED) _____ **DATE COMPLETED** _____

PLEASE ATTACH A RECENT PHOTOGRAPH AND LIST OF ANY OTHER INFORMATION TO THIS FORM
Additional forms may be obtained from your physician, fire station or downloaded at www.marincountyfire.org



VIAL OF L.I.F.E. INFORMATION AND INSTRUCTIONS

The "Vial of L.I.F.E." program is a collaborative effort supported by Sutter Health (Novato Community Hospital) Marin General Hospital, Kaiser Permanente, Marin County Fire Chief's Association, and the County of Marin.

By completing the medical information form and storing the vial correctly, you provide vital life-saving information about your medical history, even if you are unable to speak to the emergency responders (firefighters, police officers and paramedics).

How to use the Vial of L.I.F.E.

1. Complete the medical information form **in English**. Please print clearly so that medical personnel can read the information. Be sure to keep the information up-to-date and accurate.
2. Be sure to **sign and date** the form.
3. If available, attach a recent photograph (or photocopy of your driver's license) to the form.
4. Place the medical information form into the vial and attach the cap.
5. Place the vial on a shelf in the door of your refrigerator.
6. Place the magnet on the outside of the refrigerator in a prominent location. If the magnet does not stick to the door, use the adhesive Velcro strip. Place one piece on the magnet and the other on the door.
7. Place the Vial of L.I.F.E. sticker on or near your front door where it is clearly visible to responders.
8. Update the form whenever your medical history or medications change. Review the form at least twice per year when you change your smoke detector batteries.

Blank forms may be obtained from your physician, local fire station, or downloaded at www.marincountyfire.org (click on 'Vial of L.I.F.E.'). Contact your physician or local fire station if you have any questions.

VIAL DE L.I.F.E. INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES

El programa "Vial de L.I.F.E." es un esfuerzo colaborativo apoyado por Sutter Health (Hospital Comunitario de Novato), Kaiser Permanente, Asociación de Jefes de Bomberos del Condado de Marin, y el Condado de Marin.

Al completar el formulario de información médica y al almacenar el vial correctamente, usted provee información vital que salva vidas sobre su historial médico, aunque usted no pueda hablar con los socorristas de emergencia (bomberos, oficiales de policía y paramédicos).

Cómo utilizar el Vial de L.I.F.E.

1. Complete el formulario de información médica **en inglés**. Por favor escriba con letra de molde de forma clara para que el personal médico pueda leer la información. Asegúrese de mantener la información al día y exacta.
2. Asegúrese de **firmar y poner la fecha** en el formulario.
3. Si tiene una fotografía reciente (o fotocopia de su licencia de conducir) adjuntela al formulario.
4. Ponga el formulario de información médica en el vial y póngale la tapa.
5. Mantenga el vial en un lugar visible, en la puerta de su refrigerador.
6. Ponga el imán en la parte de afuera de su refrigerador en un sitio prominente. Si el imán no se pega a la puerta, use una tira adhesiva Velcro. Ponga un pedazo en el imán y el otro en la puerta.
7. Ponga la etiqueta del Vial de L.I.F.E. atrás de la puerta de la entrada principal de su casa o donde sea claramente visible para los socorristas.
8. Mantenga el formulario al día cuando cada vez que su historial médico o sus medicamentos cambien. Revise el formulario al menos dos veces por año o cuando cambie las baterías de su detector de humo.

Puede obtener formularios en blanco en la oficina de su doctor, estación local de bomberos, o puede descargarla en www.marincountyfire.org (haga clic en 'Vial of L.I.F.E.'). Póngase en contacto con su médico o estación local de bomberos si usted tiene alguna pregunta.