



ورقة المعلومات في حالة الطوارئ اتصل بالرقم 911

Arabic

معلومات الاتصال CONTACT INFORMATION

الاسم الأول (First Name)		اللقب/النسبة (Last Name)	
العنوان (Address)		رقم الشقة (Apartment Number)	
المدينة (City)		الرمز البريدي (Postal Code)	
رقم الهاتف الرئيسي (Main Phone)		رقم الهاتف البديل (Alt. Phone)	
البطاقة الصحية (Health Card)		تاريخ الميلاد (Birth Date)	
اللغة أو اللغات الرئيسية (Primary Language)		الجنس (Gender)	
تعليمات العناية المتقدمة (Advanced Care Directive)		مع أي ملف (On file with)	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
أنثى: (F)		ذكر: (M)	
اليوم (day)		الشهر (month)	
السنة (year)			

رقم الاتصال 1 في حالة الطوارئ (Emergency Contact 1)		رقم الهاتف الرئيسي (Main Phone)	
رقم الهاتف البديل (Alt. Phone)		رقم الاتصال 2 في حالة الطوارئ (Emergency Contact 2)	
رقم الهاتف الرئيسي (Main Phone)		رقم الهاتف البديل (Alt. Phone)	
مقدم الرعاية الأولية (Primary Care Provider)		رقم الهاتف (Phone)	

التاريخ الطبي ذو الصلة RELEVANT MEDICAL HISTORY

<input type="checkbox"/> القلب (الذبحة الصدرية، النوبات القلبية، التليف، جهاز تنظيم ضربات القلب) (Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker))	<input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم (Hypertension (high blood pressure))	<input type="checkbox"/> السرطان (Cancer)
<input type="checkbox"/> السكتة الدماغية / TIA (الأزمة الدماغية العابرة) (Stroke/TIA)	<input type="checkbox"/> COPD (انتفاخ الرئة والتهاب الشعب الهوائية) (COPD (emphysema, bronchitis))	<input type="checkbox"/> مرض الزهايمر (Alzheimer)
<input type="checkbox"/> السكري (معتمد على الانسولين / على غير الانسولين) (Diabetic (insulin / non insulin dependant))	<input type="checkbox"/> الصرع (التشنجات) (Seizure (convulsions))	<input type="checkbox"/> العته (الخبيل) (Dementia)
<input type="checkbox"/> فشل القلب الاحتقاني (Congestive heart failure)	<input type="checkbox"/> الربو (Asthma)	<input type="checkbox"/> الطب النفسي (Psychiatric)
أخرى (Other)		

الأدوية MEDICATIONS

_____ (11)	_____ (6)	_____ (1)
_____ (12)	_____ (7)	_____ (2)
_____ (13)	_____ (8)	_____ (3)
_____ (14)	_____ (9)	_____ (4)
_____ (15)	_____ (10)	_____ (5)

الحساسية الطبية MEDICAL ALLERGIES

الكوديين (Codeine)
(Codeine)

السلفا (Sulpha)

ASA (الأسبرين) (ASA)

بنسلين (Penicillin)

حساسية غير معروفة (No Known Allergies)

أخرى (Other)

اعتبارات خاصة SPECIAL CONSIDERATIONS

_____ الأمراض السارية / المعدية
(Communicable Infection / Disease)

أخرى (Other)

التاريخ الواسع للمريض
(Extensive history)

_____ الارتباط بالمستشفى
(Hospital affiliation)

التخصص (غسيل الكلى، العصبية، وغيرها)
(Specialty (dialysis, neuro, etc))

التنقل / التحسس MOBILITY / SENSORY

أطقم الأسنان
(Dentures)

البصر (الإعاقه / النظارات / كفيف)
(Visual impairment / glasses / blind)

السمع (الإعاقه / سماعات أذن / أصم)
(Hearing impairment / aid / deaf)

قضايا التنقل (عصا / كرسي متحرك / ووكر (تساعد على المشي) / سكوتر ذو محرك / أطراف اصطناعية)
(Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb)

الاتصالات الخاصة برعاية الحيوانات الأليفة PET CARE CONTACTS

_____	رقم الهاتف (Phone)	_____	رقم الاتصال 1 (Contact 1)
_____	رقم الهاتف (Phone)	_____	رقم الاتصال 2 (Contact 2)

_____ قائمة الحيوانات الأليفة وتعليمات رعايتها
(List of pets and pet care instructions)

اليوم / الشهر / السنة / التاريخ
(day) (month) (year) (Date)

اكتملت من قبل
(Completed by)