



தகவல் தாள் அவசர நிலையில் 911 ஐ அழையுங்கள்

Tamil

தொடர்பாடல் தகவல் CONTACT INFORMATION

முதற் பெயர் _____ கடைசிப் பெயர் _____
(First Name) (Last Name)

முகவரி _____ மனை எண் _____
(Address) (Apartment Number)

நகரம் _____ அஞ்சல் குறியீடு _____
(City) (Postal Code)

பிரதான தொலைபேசி _____ - _____ மாற்றுத் தொலைபேசி _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

சுகாதார அட்டை _____ பிறந்த திகதி _____
(Health Card) (Birth Date)

முதன் மொழி(கள்) _____ பால் ஆ பெ
(Primary Language) (Gender) (M) (F)

உயர் பராமரிப்பு கோப்பிலுள்ளவை
(Advanced Care Directive) (On file with)

அவசரநிலைத் தொடர்பு 1 _____
(Emergency Contact 1)

பிரதான தொலைபேசி _____ - _____ மாற்றுத் தொலைபேசி _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

அவசரநிலைத் தொடர்பு 2 _____
(Emergency Contact 2)

பிரதான தொலைபேசி _____ - _____ மாற்றுத் தொலைபேசி _____ - _____
(Main Phone) (Alt. Phone)

முதன்மைப் பராமரிப்பு வழங்குநர் _____
(Primary Care Provider)

தொலைபேசி _____ - _____
(Phone)

பொருத்தமான மருத்துவ வரலாறு RELEVANT MEDICAL HISTORY

இதயம் தொடர்பானவை (வீக்கம், இதயத் தாக்கம், இதயச் சத்திர சிகிச்சை, செயலூக்கி)
(Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker))

நீரிழிவு தொடர்பானவை (இன்சுலினில் தங்கியுள்ள / இன்சுலினில் தங்கியிராத)
(Diabetic (insulin / non insulin dependant))

புற்றுநோய்
(Cancer)

தாக்கம் (இசுற்றோக்கு) / TIA
(Stroke/TIA)

COPD (காற்றேற்றம், சுவாசக் குழலழற்சி)
(COPD (emphysema, bronchitis))

அல்சைமர்
(Alzheimer)

உயர் குருதியழுத்தம்
(Hypertension (high blood pressure))

வலிப்புத் தாக்கம் (தசை வலிப்புக்கள்)
(Seizure (convulsions))

உளக்கேடு
(Dementia)

இதயத் திறனிழப்பு
(Congestive heart failure)

ஈழை
(Asthma)

மன நோய்
(Psychiatric)

வேறு _____
(Other)

மருந்தளிப்புகள் MEDICATIONS

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

மருத்துவ ஒவ்வாமைகள் MEDICAL ALLERGIES

அறியப்பட்ட ஒவ்வாமைகள் கிடையாது (No Known Allergies)
 பெனிசிலின் (Penicillin)
 ASA (ஆஸ்பிரின்) (ASA)
 சல்பா (Sulpha)
 கோடீன் (Codeine)

வேறு (Other) _____

விசேட கவனங்கள் SPECIAL CONSIDERATIONS

பரவக்கூட நோய்த்தொற்று / நோய் _____
(Communicable Infection / Disease)

வேறு (Other) _____

மருத்துவமனைத் தொடர்பு _____ → விரிவான வரலாறு (Extensive history)

நிபுணத்துவம் (கூழ்ப்பிரிப்பு, நரம்பியல் போன்றன) _____
(Specialty (dialysis, neuro, etc.))

இயங்கு தன்மை / உணர் தன்மை MOBILITY / SENSORY

செயற்கைப்பல் (Dentures)
 பார்வை (குறைபாடு / கண்ணாடி / குருடு) (Visual (impairment / glasses / blind))
 கேள்வி (குறைபாடு / சாதனம் / செவிடு) (Hearing (impairment / aid / deaf))

இடம்பெயர்தல் பற்றிய பிரச்சினைகள் (பிரம்பு / சக்கர நாற்காலி / நடப்பி / மோட்டார் பொருத்திய ஸ்கூட்டர் / செயற்கையறுப்பு) (Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))

செல்லப் பிராணிகளின் பராமரிப்பு பற்றிய தொடர்புகள் PET CARE CONTACTS

தொடர்பு 1 _____ தொலைபேசி _____
(Contact 1) (Phone)

தொடர்பு 2 _____ தொலைபேசி _____
(Contact 2) (Phone)

செல்லப் பிராணிகளும் அவற்றைப் பராமரிப்பதும் பற்றிய அறிவுறுத்தல்களின் பட்டியல் _____
(List of pets and pet care instructions)

நிறைவேற்றிய _____
(Completed by)

திகதி _____ / _____ / _____
(Date) நாள் (day) மாதம் (month) வருடம் (year)