**Emergency Medical Information**

**Name/Nombre Surname /Apellidos**

**N.I.E S.I.P**

**D.O.B/ Fecha de Nacimiento Gender/Genero**

**Previous Medical History** (childhood illnesses not relevant. List things such as Operations, Previous Stroke or Cardiac events, Diabetes, Hypertension, High Cholesterol)

**Antecedentes medicos anteriores**  enumere las cosas tales como operaciones, movimiento anterior o acontecimientos cardiacos, diabetes, hipertension, colesterol alto.

**Known Allergies/Alergias Conocidas**

**e.g.** latex, aspirin, penicillin, food allergies such as nuts, eggs, fish, Wasp stings.

Por ejemplo latex, aspirina, penicilina, alergias alimentarias como nueces, huevos, peces, picaduras de avispa.

**Current Medication/Medicacion actual**

Attach copy of current prescription to ensure correct dosages etc

ate la copia de la prescripcion actual parar asegurar las doseficaciones correctas etc.

**Date form completed/formulario de fecha completado**