

الملخص
الشخصي
للحالة الصحية

PERSONAL
HEALTH SUMMARY

التاريخ:
DATE:

المعلومات الشخصية
PERSONAL INFORMATION

الاسم الأول FIRST NAME الحرف الأول من الاسم الأوسط MIDDLE I. اسم العائلة LAST NAME

عنوان الإقامة
STREET ADDRESS

المدينة CITY الولاية STATE الرمز البريدي ZIP CODE

تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة) DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY) رقم الهاتف PHONE NUMBER

البريد الإلكتروني
EMAIL

جهة الاتصال في حالة الطوارئ
EMERGENCY CONTACT

الاسم
NAME

صلة القرابة
RELATIONSHIP

رقم الهاتف الرئيسي
PRIMARY PHONE NUMBER

رقم الهاتف الثانوي
SECONDARY PHONE NUMBER

البريد الإلكتروني
EMAIL

مقدم الرعاية الأولية
PRIMARY CARE PROVIDER

الاسم NAME رقم الهاتف PHONE NUMBER

عنوان الإقامة
STREET ADDRESS

المدينة CITY الولاية STATE الرمز البريدي ZIP CODE

معلومات الصيدلية
PHARMACY INFORMATION

اسم الصيدلية PHARMACY NAME رقم الهاتف PHONE NUMBER

عنوان الإقامة
STREET ADDRESS

المدينة CITY الولاية STATE الرمز البريدي ZIP CODE

اسم الصيدلية PHARMACY NAME رقم الهاتف PHONE NUMBER

عنوان الإقامة
STREET ADDRESS

المدينة CITY الولاية STATE الرمز البريدي ZIP CODE

التأمين الصحي
HEALTH INSURANCE

اسم مزود التأمين الرئيسي PRIMARY INSURANCE NAME رقم بطاقة الهوية ID #

مقر PCN # رقم المجموعة GROUP # BIN #

اسم مزود التأمين الثانوي SECONDARY INSURANCE NAME رقم بطاقة الهوية ID #

مقر PCN # رقم المجموعة GROUP # BIN #

الأدوية والفيتامينات والمكملات والأعشاب
MEDICATIONS, VITAMINS, SUPPLEMENTS AND HERBALS

الاسم NAME الكمية ومعدل تكرارها HOW MUCH AND HOW OFTEN

التاريخ الطبي
MEDICAL HISTORY

حالات الحساسية من الأدوية
ALLERGIES TO MEDICATION

(إيبينين) EpiPen يُوصف
EpiPen is prescribed