PERSON # 2 INFORMATION

Name _____ Date of Birth _____/____/____ Date this sheet filled out ____/____/____

Street Address _____ Apt. _____

City _____Postal Code _____ Male ❑ Female ❑

Emergency Contact _____ Phone _____ Relation _____

Your Doctor's Name _____ Phone _____ Mute ❑ Deaf ❑

Pharmacy Name _____ Pharmacy Location _____ Phone _____

MEDICAL HISTORY (place a check mark beside all that apply)

❑ Heart Attack (date of last) ____/____/____	❑ Stroke	❑ Pace Maker
❑ Angina	❑ High Blood Pressure	❑ Emphysema
❑ Congestive Heart Failure	❑ Diabetes	❑ Implanted Defibrillator
❑ Asthma	❑ Seizures	❑ Bleeding (ulcers)
❑ Bronchitis	❑ Osteoporosis	❑ Aids
❑ Arthritis	❑ Glaucoma	❑ Anemia
❑ Dialysis	❑ Epilepsy	❑ Heart Condition
❑ Hemophilia	❑ Hypoglycemia	❑ Low Blood Pressure

❑ Other (please specify) _____

ALLERGIES _____

_____

_____

_____

CURRENT MEDICATIONS AND DOSAGE (prescribed)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.
I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.
V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.
E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.

L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.
I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.
V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.
E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.	E.

L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.	L.
I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.	I.
V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.