

# PALISADES PARK EMERGENCY PLAN



작성하신 페이지는 응급상황시 경찰또는 구급요원 분들이  
참고하실 수 있도록 작성하여 주시기 바랍니다.  
최대한 정확히 작성하여 주시고 냉장고에 부착하여 주십시오



<b>이름</b> (First Name)	<b>미들 이니셜(Middle Initial)</b>	<b>성</b> (Last Name)	
<b>생년월일</b> (Date of Birth)	<b>혈액형</b> (Blood Type)	<b>키</b> (Height)	<b>몸무게</b> (Weight)
심장박동 조율기를 소지하고 계십니까? Y N (Do you have a pacemaker?)		폐렴구균 백신을 접종한 기록이 있으십니까? Y N (Have you had a pneumonia vaccine?)	
다음과 같은 이력이 있으십니까?(Do you have a history of: (please circle any/all that apply))			
당뇨병 (당뇨병이 있으시다면 인슐린을 처방받고 계십니까? Y N ) (Diabetes) (If you have Diabetes, are you taking insulin?)			
<b>암</b> (Cancer)	<b>신장질환</b> (Renal Disease)	<b>심장질환</b> (Heart Disease)	<b>고혈압</b> (High Blood Pressure)
			<b>뇌졸중</b> (Stroke)
<b>기타질환 및 병</b> (OTHER)		<b>모국어</b> (Native Language)	
귀하또는 귀하의 가족분들 중 마취약에 부정적 반응을 하시는 분이 있습니까? (Have you or any member of your family ever have had negative reaction to anesthesia?)		Y N	
유언장을 가지고 계십니까? (Do you have a living will)		Y N	
<b>주치의 이름</b> (Primary Care Physician)			
<b>주치의 전화번호</b> (Primary Care Physician Phone Number)			
<b>비상연락처 성함</b> (Emergency Contact Name)			
<b>비상연락처 전화번호</b> (Emergency Contact Phone Number)			
<b>알레르기</b> (Allergies)			
<b>현재 복용중인 약</b> (Current Medications)			

\*DISCLAIMER: Palisades Park Police will not be responsible for incomplete or inaccurate information and will not be responsible for any negative effect as a result of the same. Before posting this board, be sure all content is 100% accurate and current.