

**EMERGENCY MEDICAL INFORMATION FORM
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX EN CAS D'URGENCE**

First Name / <i>Prénom</i>	Middle Name / <i>Autres prénoms</i>	Last Name / <i>Nom de famille</i>
Address (Street, Apt #, Box #) / <i>Adresse (rue, app, C.P.)</i>		<input type="checkbox"/> Male / <i>Homme</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Femme</i>
City or Town / <i>Ville ou village</i>	Territory / <i>territoire</i>	Postal Code / <i>Code postal</i>
Phone # / <i>Téléphone</i>	Birth date (d/m/y) / <i>Date de naissance (j/m/a)</i>	
Yukon Health Care Number <i>Numéro d'assurance-santé</i>	Other Medical Plan & numbers <i>Autres plans d'assurance et numéros de polices</i>	
Languages / <i>Langues parlées</i> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Other / <i>Autre</i> _____		

Family Doctor(s) / <i>Médecin(s) de famille</i>	Phone # / <i>Téléphone</i>
First Emergency Contact Person / <i>Première personne à aviser en cas d'urgence</i>	
Address / <i>Adresse</i>	
Phone (home and work) / <i>Téléphone (maison et travail)</i>	Relationship / <i>Lien avec la personne</i>
Second Emergency Contact Person / <i>Deuxième personne à aviser en cas d'urgence</i>	
Address / <i>Adresse</i>	
Phone (home and work) / <i>Téléphone (maison et travail)</i>	Relationship / <i>Lien avec la personne</i>

Do you have / *Souffrez-vous*

- heart disease / *d'une maladie du coeur*
- high blood pressure / *d'hypertension artérielle*
- diabetes / *de diabète*
- breathing problems / *d'une maladie pulmonaire*
- allergies (provide details below) / *d'allergies (précisez au verso)*

other medical concerns (provide details below) / *autres troubles médicaux (précisez au verso)*

Vision / *Vue*

Do you wear contact lenses/eyeglasses?

Portez-vous des lentilles/lunettes?

Mobility / *Mobilité*

Do you use assistive devices?

Utilisez-vous des aides fonctionnelles?

Past Medical History (illnesses, surgeries, allergies) / *Antécédents médicaux (maladies, chirurgies, allergies)*

Medication / <i>Médicament</i>	Dosage / <i>Dose</i> (mg)	Frequency / <i>Fréquence</i>
Pharmacy used / <i>Pharmacie</i>	Phone # / <i>Téléphone</i>	

Date completed / <i>Date</i>	Medications stored / <i>Endroit où sont rangés les médicaments</i>
Mark with an x the forms you have completed and included in the kit. Advance Directive <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Organ Donation Card <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	Cochez les formulaires que vous avez remplis et insérés dans la trousse. Directive préalable <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Carte de don d'organes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non