

**INFORMATION ABOUT MYSELF**  
**INFORMACION SOBRE EL PACIENTE**

<b>ENGLISH</b>	<b>fill in here - clearly</b>	<b>ESPAÑOL</b>
Surname		Apellido
Given names		Nombres
Resident or tourist		Residente o turista
Nationality		Nacionalidad
Home address		Domicilio habitual
Address in Spain (if different)		Dirección en España (si es otra)
Telephone		Teléfono
Date of birth		Fecha de nacimiento
Name, address and telephone number of person to be contacted if admitted to hospital		Nombre, dirección y número de teléfono de la persona a advertir en caso de ser ingresado en el hospital
Spanish Social Security Number		Numero de Seguridad Social Española
NIE (Residencia) number		Número de NIE
Passport Number		Número de pasaporte
Name of medical insurance company, policy number & telephone number		Seguro medico, número de póliza y número de teléfono
I have an EHIC card		Tengo una Tarjeta Sanitaria Europea

Long term illnesses and year first suffered		Enfermedades crónicas y año de comienzo
Operations and year performed		Operaciones y años de las mismas
<b>Current treatment</b> Name of doctor or hospital / clinic		<b>Tratamiento actual –</b> Nombre del medico o hospital / clinico
Present medication (Commercial and generic names)		Medicación actual (nombre comercial y genérico)
Allergies to any drugs, foods or other substances.		Medicamentos alimentos o otras sustancias no tolerados
Blood group		Grupo sanguíneo

**Tick the following as appropriate:**

- I live alone / Vivo solo/a
- I have a relative / friend / neighbour who can help me / Puedo contar con la ayuda de un pariente / amigo / vecino
- I have a child (children) / another person at home who cannot be left alone / Tengo en casa niño(s) / otra persona que no puedo dejar solo/as(s)

**REMEMBER TO KEEP THIS REGULARLY UP-DATED**