

An Effective Tool for Medically Frail Persons Served

Home Safety & Emergency Preparedness



Seniors and Caregiver Services

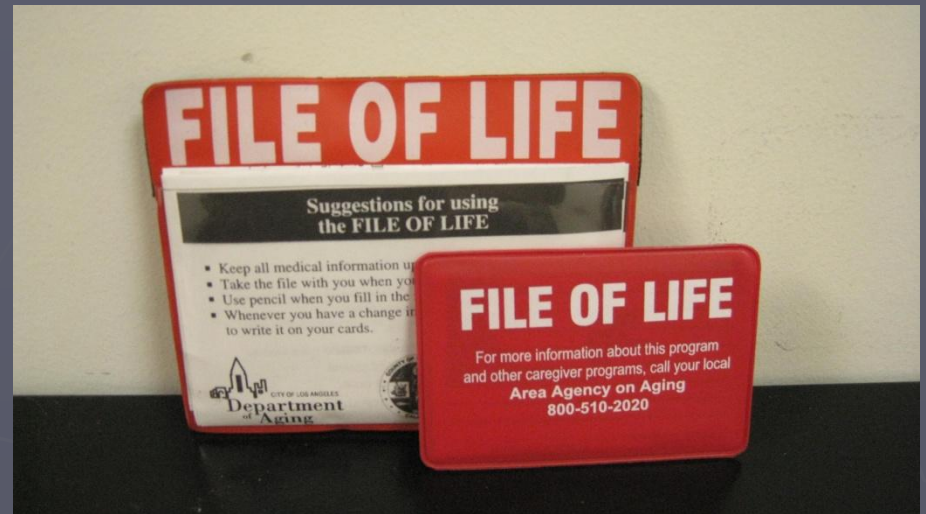
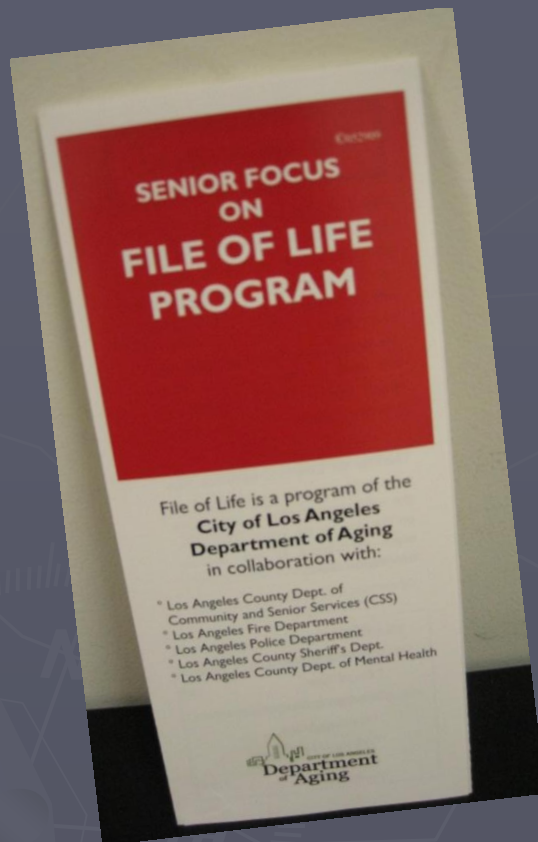
By

Anat Louis, Psy.D.

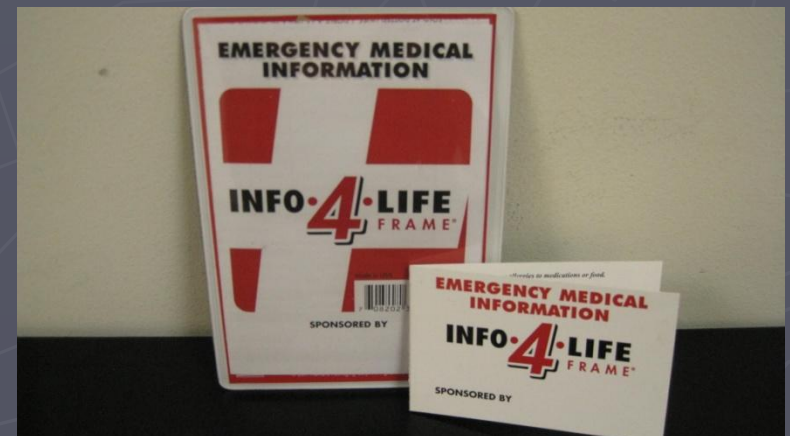
File of Life

- ▶ Provides critical medical information to emergency response personnel during a medical emergency
- ▶ FOL is a magnetic folder that attaches to a refrigerator and holds information to provide for more accurate medical treatment in case of emergency including a:
 - medication list
 - blood type
 - allergies
 - emergency contact information
 - physician contact information
- ▶ Free for adults age 60 years and older who live in LA County or LA City





Contact your local Area Agency on Aging
for your copy



PERSONAL INFORMATION

NAME/Nombre: _____ SEX: M / F

ADDRESS/Domicilio: _____

PHONE/Teléfono: _____

DOCTOR: _____

DOCTOR PHONE/Teléfono de doctor: _____

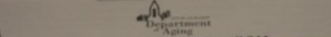
NATIVE LANGUAGE (if not English) Idioma Materno (si no fuera el inglés): _____

EMERGENCY CONTACT

NAME/Nombre: _____

ADDRESS/Domicilio: _____

PHONE/Teléfono: _____



In case of emergency, call 911

AS OF / A partir del: _____ MEDICAL DATA / Y Año

BLOOD TYPE / Tipo de sangre: _____

ALLERGIES / Alergias: _____

MEDICAL PROBLEMS / Problemas médicos	Medication / Medicamentos	Dosage / Dosis	Frequency / Frecuencia

RECENT SURGERY / Cirugías recientes: _____

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

WET, NO CO / No tiene CO / No tiene CO / No tiene CO

Version 1

HEALTH CARE PROXY ON FILE AT _____ **HOSPITAL**

Representante para asuntos de atención médica consignado en los archivos del hospital

LIVING WILL ON FILE AT _____

Testamento en archivo en _____

☐ Pacemaker (Model #) _____ ☐ Defibrillator (Model #) _____

☐ Hearing Aid, Deaf/Dispositive _____ ☐ Contact Lenses _____

☐ Eyeglasses/Lentes _____ ☐ Artificial Eye/Ojo artificial _____

☐ Pet/Type (Dog, Cat, etc.) _____ ☐ Pet's Name: _____

☐ Mascota/Type (perro, gato, etc.) _____ ☐ Nombre de mascota _____

MEDICAL DATA

CHECK ALL THAT EXIST - MARQUE SI PROCEDE DE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES

☐ No known medical conditions _____

☐ Do not have any medical conditions _____

☐ Adrenal Insufficiency _____

☐ Adrenal Insufficiency _____

☐ Alzheimer's/Enfermedad de Alzheimer _____

☐ Angina/Angina _____

☐ Anemia/Angina _____

☐ Bleeding Disorders/ _____

☐ Cataracts/Cataratas _____

☐ Chronic Disease/Enfermedad crónica _____

☐ Diabetes/Insulin Dependent/ _____

☐ Diabetes Insulin-Dependent/ _____

☐ Eye Surgery/Cirugía ocular _____

☐ Glaucoma/Glaucoma _____

☐ Hearing Impaired/Problemas auditivos _____

☐ Heart Valve Prostheses/ _____

☐ Heart Valve Prostheses/ _____

☐ Hemodialysis/Hemodiálisis _____

☐ Other/Other _____

☐ Hemodialysis/Hemodiálisis _____

☐ Other/Other _____

☐ Hemodialysis/Hemodiálisis _____

☐ Other/Other _____

☐ Hemodialysis/Hemodiálisis _____

☐ Other/Other _____

☐ Hemodialysis/Hemodiálisis _____

☐ Other/Other _____

☐ Hemodialysis/Hemodiálisis _____

☐ Other/Other _____

☐ Hemodialysis/Hemodiálisis _____

☐ Other/Other _____

☐ Hemodialysis/Hemodiálisis _____

☐ Other/Other _____

INFO 4 LIFE EMERGENCY MEDICAL INFORMATION

El historial médico de emergencia

MEDICAL DATA / LOS DATOS MÉDICOS

Please indicate all known medical conditions and allergies. Do not leave any space blank. Do not leave any space blank.

UPDATED AS OF / Modificado el: _____ Month/Año _____

Name/Nombre: _____

Address/Domicilio: _____

City & State/Ciudad y Estado: _____

Phone/Teléfono: _____

Single/Single _____ Married/Case _____

Any identifying marks? / ¿Marcas de identificación? _____

PHOTO/Photo: _____

PST/Massachusetts (City, State, Zip) _____

PREFERRED HOSPITAL/El hospital preferido: _____

DOCTOR/Doctor: _____

NAME/Nombre: _____

Address/Domicilio: _____

City & State/Ciudad y Estado: _____

Phone/Teléfono: _____

Single/Single _____ Married/Case _____

Any identifying marks? / ¿Marcas de identificación? _____

PHOTO/Photo: _____

PST/Massachusetts (City, State, Zip) _____

PREFERRED HOSPITAL/El hospital preferido: _____

DOCTOR/Doctor: _____

NAME/Nombre: _____

Address/Domicilio: _____

City & State/Ciudad y Estado: _____

Phone/Teléfono: _____

Single/Single _____ Married/Case _____

Any identifying marks? / ¿Marcas de identificación? _____

PHOTO/Photo: _____

PST/Massachusetts (City, State, Zip) _____

PREFERRED HOSPITAL/El hospital preferido: _____

DOCTOR/Doctor: _____

NAME/Nombre: _____

Address/Domicilio: _____

City & State/Ciudad y Estado: _____

Phone/Teléfono: _____

Single/Single _____ Married/Case _____

Any identifying marks? / ¿Marcas de identificación? _____

PHOTO/Photo: _____

PST/Massachusetts (City, State, Zip) _____

PREFERRED HOSPITAL/El hospital preferido: _____

DOCTOR/Doctor: _____

NAME/Nombre: _____

Address/Domicilio: _____

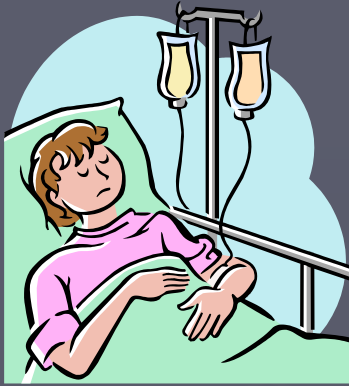
City & State/Ciudad y Estado: _____

Phone/Teléfono: _____

Single/Single _____ Married/Case _____

Any identifying marks? / ¿Marcas de identificación? _____

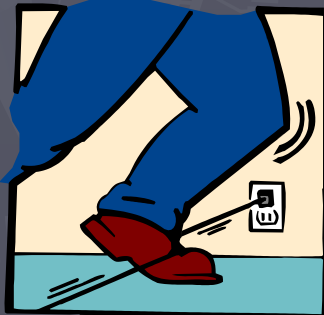
Version 2



File of Life can benefit people with:



Limited Mobility Issues
Medically Frail
Homebound
Limited Hearing and/Vision
Limited Care



On the Go. . .



Earthquake



Other Services Provided by the City of Los Angeles, Department of Aging

Information and Assistance

Family Caregiver
Support Program

Case Management

Elder Abuse Education

Transportation

Emergency Alert Response
System (EARS)

Emerging as ADRC
(LA City, LA County AAA & ILC)

Program Literature

Program and Service Provider

Directory

Nutrition

Senior Employment
Training (Title V)

Disease Prevention
& Health Promotion

Aging Well in LA- Ch35 Television Show

And Much More

Thank You !

Q & A





(800) 510-2020

www.aging.lacity.org

or

City Operator "311"

Or

Call your local Area Agency on Aging