



# FILE OF LIFE

Name: <input type="text"/>		Sex	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Address		<input type="text"/>		
City, State, Zip		<input type="text"/>		
Phone #	( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>	Alt Phone #	( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Social Security #	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Date of Birth	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Hospital Preference: <input type="text"/>				
Insurance: <input type="text"/>				
<b>Emergency Contacts</b>				
Name: <input type="text"/>				
Phone Number	( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>			
Relation	<input type="text"/>			
Name: <input type="text"/>				
Phone Number	( <input type="text"/> ) <input type="text"/> - <input type="text"/>			
Relation	<input type="text"/>			
<b>Medical Information</b> Updated: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				
DNR: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Location of documentation:			
POA: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="text"/>			
Medical Conditions: <input type="text"/>				
<input type="text"/>				
Medications: <input type="text"/>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				
Allergies: <input type="text"/>				



**FILE OF LIFE**