

<b>Emergency Response Information Kit – Health Information Form</b> Trousse d'information pour les situations d'urgence – <i>Formulaire d'information sur la santé</i> (Please print and keep information updated / <i>S.V.P. imprimer et mettre à jour régulièrement</i> )		
<b>Personal Information</b>		<b>Renseignements personnels</b>
First Name / <i>Prénom</i>	Middle Name / <i>Autres noms</i>	Last Name / <i>Nom de famille</i>
Address (Street, Apt. #, Box #, Civic # / <i>Adresse (rue, app, C.P., n° mun)</i> )		<input type="checkbox"/> Male / <i>Homme</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Femme</i>
City or Town / <i>Ville ou Village</i>	Province / <i>Province</i>	Postal Code / <i>Code postal</i>
Phone # / <i>N° de téléphone</i>	Birth Date (dd/mm/yyyy) / <i>Date de naissance (jj/mm/aaaa)</i>	
Manitoba Health Registration # / <i>N° d'immatriculation Santé Manitoba (6#)</i>	Personal Health ID # / <i>N° d'identification personnelle (9#)</i>	
Other Medical Plan & No./ <i>Autre nom et n° d'assurance santé (eg. Blue Cross/Croix bleue)</i>		
<b>Contacts</b>		<b>Contacts</b>
Family Doctor(s) / <i>Médecin(s) de famille</i>		Phone # / <i>N° de téléphone</i>
First Emergency Contact Person / <i>Première personne contact en cas d'urgence</i>		
Address / <i>Adresse</i>		
Phone (home & work) / <i>N° de tél. (maison et travail)</i>		Relationship / <i>Lien de parenté</i>
Second Emergency Contact Persons / <i>Deuxième personne contact en cas d'urgence</i>		
Address / <i>Adresse</i>		
Phone (home & work) / <i>N° de tél. (maison et travail)</i>		Relationship / <i>Lien de parenté</i>
<b>Medical History</b>		<b>Antécédents médicaux</b>
<b>Do you have / <i>Souffrez-vous</i></b> <input type="checkbox"/> heart disease / <i>d'une maladie de coeur</i> <input type="checkbox"/> diabetes / <i>de diabète</i> <input type="checkbox"/> high blood pressure / <i>d'hypertension artérielle</i> <input type="checkbox"/> breathing problems / <i>d'une maladie pulmonaire</i> <input type="checkbox"/> other medical concerns (provide detail below) / <i>autres problèmes médicaux (précisez ci-bas)</i>		
Past Medical History (illnesses, surgeries) / <i>Antécédents médicaux (maladies, chirurgies)</i>		
Allergies / <i>Allergies</i>		

(over / verso)

