

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

(over / verso)

