



# Chicago Medical ID Program

## Office of the City Clerk

CITY OF CHICAGO  
OFFICE OF THE  
**CITY CLERK**  
MIGUEL DEL VALLE, CITY CLERK

RICHARD M. DALEY  
MAYOR

**Please Print Legibly**

**NAME/NOMBRE** \_\_\_\_\_

**ADDRESS/DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_

**CITY/CIUDAD** \_\_\_\_\_ **STATE/ESTADO** \_\_\_\_\_ **ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_

**HOME PHONE/ TELÉFONO de CASA** \_\_\_\_\_ **WORK PHONE/ TELÉFONO del TRABAJO** \_\_\_\_\_

**BIRTH DATE/ FECHA de NACIMIENTO** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**DOCTOR'S NAME/ NOMBRE DE DOCTOR** \_\_\_\_\_ **PHONE/ TELÉFONO** \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT PERSON/ PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA** \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT PHONE NUMBER/ TELÉFONO DE PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA** \_\_\_\_\_

**INSURANCE CO./SEGURO MÉDICO** \_\_\_\_\_

**BLOOD PRESSURE/PRESIÓN SANGUÍNEA:**     HIGH/ALTA     LOW/BAJA     NORMAL

ANEMIA     ALZHEIMER'S     DIABETES     HEPATITIS     HEART TROUBLE  
PROBLEMAS CARDIACOS

PACEMAKER     ASTHMA     EMPHYSEMA     HEMOPHILIAC     DEMENTIA  
MARCA PASOS    ASMA    ENFISEMA    HEMOFILIA

**OTHER MEDICAL CONDITIONS/OTRAS CONDICIONES MÉDICAS:** \_\_\_\_\_

**MEDICAL ALLERGIES/ ALERGIAS A MEDICACIONES** \_\_\_\_\_

By my signature, I attest that all information is accurate to the best of my knowledge. I understand that the above information, along with any accompanying photographic images maintained by the Chicago City Clerk's office, as part of the "Chicago Medical I.D." program as explained to me, may, at my request, be made available to law enforcement agencies and medical professionals for the purpose of identifying the above-named person. I further understand that by providing this information, the Chicago City Clerk's office is in no way responsible for its accuracy. I understand that this information will only be used to identify the above-named person in the case of an emergency, and that authorization for use of the photo and accompanying information is otherwise prohibited.

Con mi firma, yo atestiguo que toda la información es exacta de acuerdo a mi conocimiento. Entiendo que la información anterior, y las fotografías que acompañan a la misma, conservadas por la Oficina del Secretario Municipal de Chicago, como parte del programa "Chicago Medical I.D.", de acuerdo a lo que se me explicó, pueden, a mi pedido, estar disponible a las agencias policiales y a los profesionales médicos, con el propósito de identificar a la persona mencionada anteriormente. Entiendo además que proporcionando esta información, la Oficina del Secretario Municipal de Chicago no es absolutamente responsable por la exactitud de la misma. Entiendo que esta información será usada para identificar a la persona mencionada anteriormente en caso de una emergencia, y que la autorización del uso de la foto e información provista esta prohibido.

**Signature/Firma** \_\_\_\_\_ **Date/Fecha** \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY		
<b>TAKEN BY</b>	<b>DATE</b>	<b>CONTROL NUMBER #</b>