



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		
TAKEN BY	DATE	CONTROL NUMBER #