



SERIOUS MEDICAL PRECAUTIONS

BRACELET ID#: UPDATED:

PATIENT INFORMATION

PATIENTS LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE	BIRTHDATE	SEX	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADDRESS	PHONE NUMBER	SSN (OPTIONAL)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PAST MEDICAL HISTORY

MEDICATIONS AND DOSAGES

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ALLERGIES

<input type="text"/>

PRIMARY PHYSICIAN

<input type="text"/>

EMERGENCY CONTACTS

NAME	ADDRESS	PHONE NUMBERS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>