

**Emergency Response Information Kit – Health Information Form**  
 Trousse d'information pour les situations d'urgence – *Formulaire d'information sur la santé*  
 (Please print and keep information updated / *S.V.P. imprimer et mettre à jour régulièrement*)

**Personal Information** *Renseignements personnels*

<b>First Name / Prénom</b>	<b>Middle Name / Autres noms</b>	<b>Last Name / Nom de famille</b>
----------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

**Address (Street, Apt. #, Box #, Civic # / Adresse (rue, app, C.P., n° mun)**

**Gender Identity**

**Gender Identity:** is defined as social and cultural expectations of roles and how we present ourselves in society.

**What is your gender identity? Please select one.**

Woman  Man  Agender  Non-binary or gender fluid

Prefer to self-describe  Prefer not to disclose

**Prefer to self-describe:**

\_\_\_\_\_

**Do you identify as Trans?**

Yes  No  Prefer not to disclose

<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>
----------------------------------	---

**Manitoba Health Registration # / N° d'immatriculation Santé Manitoba (6#)**

**Personal Health ID # / N° d'identification personnelle (9#)**

**Other Medical Plan & No./Autre nom et n° d'assurance santé (eg. Blue Cross/Croix bleue)**

**Contacts** *Contacts*

**Family Doctor(s) / Médecin(s) de famille**

**Phone # / N° de téléphone**

**First Emergency Contact Person / Première personne contact en cas d'urgence**

**Address / Adresse**

**Phone (home & work) / N° de tél. (maison et travail)**

**Relationship / Lien de parenté**

**Second Emergency Contact Persons / Deuxième personne contact en cas d'urgence**

<b>Address / Adresse</b>	
<b>Phone (home &amp; work) / N<sup>o</sup> de tél. (maison et travail)</b>	<b>Relationship / Lien de parenté</b>
<b>Medical History</b> <span style="float: right;"><i>Antécédents médicaux</i></span>	
<b>Do you have / Souffrez-vous</b> heart disease / <i>d'une maladie de coeur</i> diabetes / <i>de diabète</i> high blood pressure / <i>d'hypertension artérielle</i> breathing problems / <i>d'une</i> other medical concerns (provide detail below) / <i>maladie pulmonaire</i> autres problèmes médicaux ( <i>précisez ci-bas</i> )	
<b>Past Medical History (illnesses, surgeries) / Antécédents médicaux (maladies, chirurgies)</b>	
<b>Allergies / Allergies</b>	
<i>(over / verso)</i>	

