



Información Vital

Esta carpeta está destinada para proporcionar a su familia o a un(a) amigo(a) *UN* lugar centralizado donde encontrar información vital necesario en caso de que usted se enferme o fallezca. Esta contiene formulario(s) para que usted los complete (sobre asuntos importantes): personas a quienes avisar, información sobre seguros, documentos legales, finanzas y arreglos fúnebres. Esta información debería ser revisada periódicamente. **Informe a sus personas de confianza acerca de esta carpeta y del lugar donde esté guardada.**

Auspiciada por
Virginia Department for the Aging
1610 Forest Avenue, Suite 100
Richmond, VA 23229
Teléfono (804) 662-7049

Nombre

Fecha

Dirección

Teléfono

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Información En Caso de Emergencia

| Lista Contactos de Familiares / Otras Personas Designadas, Médicos, Clero | Dirección | Teléfono |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Apoderada para Proveer Atención Medica | Teléfono | Póliza(s) de Seguro de Salud y Número(s) de Teléfono |
| Apoderada Permanente | Teléfono | |
| No. de Seguro Social | Soy donante de órgano(s). <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </div> | |

Información Sobre Mis Hijos(as) y Parientes Más Cercanos

| Nombre y Parentesco | Dirección | Teléfono |
|---------------------|-----------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Información Miscelánea

| | |
|--|--|
| Mi testamento se encuentra en: Las instrucciones adicionales Se encuentran en: | Mi Albacea Testamentario(a) es: (Nombre y Número de Teléfono) |
| Mi caja de seguridad se encuentran en: _____ . _____ tiene la llave. Se le ha dado acceso a: N/A <input type="checkbox"/> | |
| Mis documentos importantes se encuentra en: ² N/A <input type="checkbox"/> | |
| La(s) escritura(s) de mi(s) propiedad(es) está(n) en: N/A <input type="checkbox"/> | |
| Los arreglos funerales son: N/A <input type="checkbox"/> | |
| La información sobre beneficios militares se encuentra en: N/A <input type="checkbox"/> | |
| La información sobre el terreno del cementerio y la prueba de propiedad se encuentra en: N/A <input type="checkbox"/> | |
| La información sobre el plan de jubilación de la compañía y los beneficios para el (los) sobreviviente(s) se encuentra en: N/A <input type="checkbox"/> | |
| Mi empleador(a) es: N/A <input type="checkbox"/> | |
| Mi arrendador es: N/A <input type="checkbox"/> | |
| La información sobre herencia que me corresponde se encuentra en: N/A <input type="checkbox"/> | |
| La información sobre seguro por discapacidad se encuentra en: N/A <input type="checkbox"/> | |
| La información sobre tarjetas de crédito se encuentra en: N/A <input type="checkbox"/> | |
| La información para avisar a terceras partes se encuentra en: N/A <input type="checkbox"/> | |
| N/A = No aplicable | |
| ² Partida de nacimiento, certificado de matrimonio, documentos militares, documentos de ciudadanía, documentos sobre beneficios para sobreviviente(s), documentos de divorcio, etc. | |

(Haga el favor de usar una página de papel adicional si necesita mas espacio.)

Lista de Comprobación que se Recomienda para los Sobrevivientes

(1) Arreglos y Decisiones Iniciales

| | |
|------------------------------------|--|
| Director de funerales | Selecciones de las Escrituras |
| Ubicación de la sepultura | Aviso en el periódico |
| Clase de servicio fúnebre | Ver testamento para solicitudes especiales |
| Ataúd, cremación, nicho o cripta | Pedir certificado de defunción |
| Clérigo para la ceremonia | Hacer lista de agradecimientos |
| Hora y lugar de servicios | Saludar a familiares y amigos |
| Vestimenta para el (la) difunto(a) | Transporte para la familia |
| Música y flores | Alojamiento para huéspedes de otras ciudades |
| Información para el panegírico | Porta féretros |

(2) Avisos

| | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Medico(s) | Organización(es) de veteranos |
| Director de funerales | Organización(es) cívica(s) |
| Cementerio | Oficina de Seguro Social |
| Familiares y amigos | Pagador de la jubilación |
| Empleador del(de la) difunto(a) | Abogado(a) |
| Albacea testamentario/contador | Agente(s) de seguro(s) |

(3) Estadísticas Demográficas Seguras

| | |
|--|--|
| Nombre, dirección de residencia, zona postal, y número de teléfono | Numero de serie de veterano(a) de guerra |
| Ocupación y título | Nombre y lugar de nacimiento del padre |
| Tiempo de residencia en el estado | Nombre de soltera y lugar nacimiento de la madre |
| Numero de Seguro Social | |

(4) Documentos que se debe reunir

| | |
|---|---|
| Testamento e instrucciones especiales | Documentos de ciudadanía |
| Prueba legal de edad y tarjeta de Seguro Social | Pólizas de seguros y libretas de banco |
| Documentos de baja de veterano | Declaraciones juradas de impuestos sobre los ingresos |
| Licencia matrimonial, documentos de divorcio | Reclamos por discapacidad |

(5) Obligaciones financieras

| | |
|---------------------------------|--|
| Director de funerales | Médicos y enfermeras |
| Tarjetas de recuerdo y otras | Medicinas y medicamentos |
| Florista y miembro(s) del clero | Facturas corrientes (hipoteca, alquiler, |
| Hospital y ambulancia | Impuestos, servicios públicos [electricidad, gas, agua, teléfono, televisión por cable]) |