



LLÉVAME A CASA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NOTA: Los campos indicados con un asterisco rojo (*) son obligatorios.

DIAGNOSIS/DISABILIDAD (CHEQUE TODO LO QUE APLICA): * (Al menos una selección requerida)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH | <input type="checkbox"/> CEREBAL PALSY | <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD INTELLECTUAL |
| <input type="checkbox"/> ALZHEIMER | <input type="checkbox"/> SORDO/BAJO DE OIR | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD MENTAL |
| <input type="checkbox"/> AUTISMO/ASPERGERS | <input type="checkbox"/> DIABÉTICO | <input type="checkbox"/> OTRA ENFERMEDAD CEREBRAL |
| <input type="checkbox"/> VISIÓN CIEGA/BAJA | <input type="checkbox"/> SÍNDROME DE DOWN | <input type="checkbox"/> OTRAS DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO |
| <input type="checkbox"/> LESIONES CEREBRALES | <input type="checkbox"/> EPILEPSY/CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD FISICA |
| | | <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD |

INFORMACIÓN PERSONAL:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SUFIJO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE PARA LLAMARME	NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA (Ej. 999-999-9999)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO/DOMICILIO	CALLE/DOMICILIO	CIUDAD

<input type="text" value="San Diego"/>	<input type="text" value="California"/>	<input type="text"/>
CONDADO	ESTADO	CODIGO POSTAL (Ej.99999 o 99999-9999)

DESCRIPCIÓN FÍSICA:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO (Ej. MM/DD/AAAA)	RAZA	SEXO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESO	ALTURA	COLOR DE OJO	COLOR DE PELO

AGENCIA DE LA LEY MÁS CERCANA: * **NOTA: Los campos indicados con un asterisco rojo (*) son obligatorios**

MÉTODO DE COMUNICACIÓN (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> APARATO AUDITIVO | <input type="checkbox"/> NO ES COMUNICATIVO | <input type="checkbox"/> LENGUAJE DE SEÑAS |
| <input type="checkbox"/> DIFICULTAD AUDITIVA | <input type="checkbox"/> NO ES VERBAL | <input type="checkbox"/> DIFICULTAD DEL HABLA |
| <input type="checkbox"/> IDIOMA DISTINTO DEL INGLÉS | <input type="checkbox"/> SISTEMA DE COMUNICACIÓN DE IMÁGENES | |

TIPO DE CASA

TENDENCIA DE VAGACIÓN

PELIGRO CON MEDICAMENTOS

IDIOMAS HABLADOS

PROBLEMAS MÉDICOS/PSIQUIÁTRICOS

ARTÍCULOS COMÚNMENTE USADOS

SUGERENCIAS DE ACERCAMIENTO

COMPORTAMIENTOS OBSERVADOS

CONSIDERACIONES ESPECIALES (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> COMBATIVO | <input type="checkbox"/> SENSIBLE A LUZ | <input type="checkbox"/> COMPORTAMIENTO DE AUTO STIMULACIÓN |
| <input type="checkbox"/> COMBATIVO SI SUJETADO | <input type="checkbox"/> SENSIBLE AL RUIDO | <input type="checkbox"/> SENSIBLE A LA STIMULACIÓN |
| <input type="checkbox"/> SE DESVISTE/PREFIERE ESTAR DESNUDO | <input type="checkbox"/> PARANOICO | <input type="checkbox"/> NO RESPONDE A PERSONAS EXTRAÑAS |
| <input type="checkbox"/> MIEDO A LOS PERROS | <input type="checkbox"/> REPITE FRASES | <input type="checkbox"/> SENSIBLE AL TACTO |
| <input type="checkbox"/> ABRAZOS | <input type="checkbox"/> TENDENCIA A CORRER | <input type="checkbox"/> ATRAÍDO AL AGUA |

INFORMACIÓN DE FOTO:

¡AL MENOS UNA FOTO DEBE SER PRESENTADA CON EL PAQUETE DE REGISTRO! *

FECHA APROXIMADA DEL LA FOTOGRAFÍA

EDAD EN LA FOTOINFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN: *

NOMBRE DE PULSERA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE PULSERA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

IDENTIFICACIÓN ESTADO

FECHA DE EXPIRACIÓN DE IDENTIFICACIÓN
(Ej. MM/DD/AAAA)

ORGANIZACIONES:

ACCESS 2 INDEPENDENCE

ALZHEIMER'S SAN DIEGO

ARC SAN DIEGO

AREA BOARD XIII STATE DEVELOPMENTAL DISABILITIES

AUTISM SOCIETY SAN DIEGO CHAPTER

EPILEPSY FOUNDATION OF SAN DIEGO

HHSA AGING AND INDEPENDENT SERVICES

SAN DIEGO REGIONAL CENTER (SDRC)

ST. MADELINE SOPHIE'S CENTER (SDRC)

UNITED CEREBAL PALSY OF SAN DIEGO COUNTY

CONTACT 1:

RELACIÓN *

NOMBRE COMPLETO *

DOMICILIO *

CIUDAD *

ESTADO *

CODIGO POSTAL (EJ. 99999 or 99999-9999) *

TELÉFONO DE CASA

TELÉFONO MÓVIL

* (Se requiere al menos uno de los tres números de teléfono de contacto)

OTRO TELÉFONO

CORREO ELECTRONICO

CONTACT 2:

RELACIÓN *

NOMBRE COMPLETO *

DOMICILIO *

CIUDAD *

ESTADO *

CODIGO POSTAL (Ex. 99999 or 99999-9999) *

TELÉFONO DE CASA

TELÉFONO MÓVIL

* (se requiere al menos uno de los tres números de teléfono de contacto)

OTRO TELÉFONO

CORREO ELECTRONICO

CONTACT 3:

RELACIÓN

NOMBRE COMPLETO

DOMICILIO

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL (Ex. 99999 or 99999-9999)

TELÉFONO DE CASA

TELÉFONO MÓVIL

OTRO TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

VEHÍCULO NO VEHÍCULO

TIPO

AÑO

MARCA

MODELO

COLOR

VIN DE VEHÍCULO

NÚMERO DE PLACA

LICENCIA ESTADO

LICENCIA AÑO

YO RECONOZCO QUE HE PROPORCIONADO VOLUNTARIAMENTE ESTA INFORMACIÓN PARA ENTRAR EN EL REGISTRO DE LLÉVAME A CASA CON EL ENTENDIMIENTO LA INFORMACIÓN PERMANECERA CONFIDENCIAL EN TODO MOMENTO Y SERA LIBERADO SOLAMENTE A LA POLICÍA, EL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS O PERSONAL MÉDICO QUE ASISTE EN LA IDENTIFICACIÓN, SEGURIDAD, Y LA DEVOLUCIÓN DE ESTA PERSONA SI SE ENCUENTRA O SE REPORTA COMO DESAPARECIDA, O DE OTRA MANERA DETERMINADA COMO EN RIESGO POR EL PERSONAL DE RESPUESTA DE EMERGENCIA.

ADEMAS, YO RECONOZCO QUE TENGO LA AUTORIDAD LEGAL PARA INSCRIBIR EL NOMBRADO EN EL FORMULARIO DE LLÉVAME A CASA.

NOMBRE IMPRESO

RELACIÓN

FIRMA

FECHA