



Formulario de Inscripción para el Programa de Reconocimiento de Residentes en Riesgo

Por favor, adjunta una foto.

Los padres o tutores deben actualizar este formulario anualmente. Los formularios completos deben ser devueltos al Departamento de Policía de Hillside. 425 Hillside Ave, Hillside, IL, 60162, O enviados por correo electrónico a: arr@hillside-il.org

Nombre de la Persona con Discapacidad: _____ Apodo de la Persona: _____

Dirección Residencial: _____ Teléfono de Casa: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: _____ Altura: _____ Peso: _____ Cabello: _____ Ojos: _____

Señas o Características identificativas: _____

Identificación que lleva puesta (alerta médica, GPS, etiquetas de ropa, etc.): _____

Capacidad Cognitiva: Alta Promedio Baja Comunicación: Verbal No Verbal

Mejor Método de Comunicación: _____

Condiciones Médicas: _____ Medicamentos Actuales: _____

Alergias a Medicamentos y/o Alimentos: _____

Problemas Sensoriales (Marca todas las opciones que correspondan.):

Tacto Visión Sonido Olfacto Equilibrio Ninguno: _____

Desencadenantes y/o Miedos: _____ Métodos de Calma: _____

¿Esta persona tiende a alejarse o Deambular? Sí No Ubicación de episodios anteriores de deambulación: _____

Lugares de interés o Actividades: _____

Programa Escolar o de Enriquecimiento Personal: _____ Dirección del Programa _____

Teléfono del Programa _____

Padre o Tutor: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Contacto de Emergencia: _____ Dirección _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono de Trabajo: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, _____, soy el padre o tutor legal de la persona mencionada anteriormente como persona en riesgo. He proporcionado voluntariamente la información mencionada anteriormente y por la presente autorizo la divulgación de toda dicha información con el propósito de identificación o asistencia a la persona en riesgo a cualquier personal de primeros auxilios, agentes de la ley, despachadores y/o empleados o representantes del Pueblo de Hillside. Acepto indemnizarlos y eximirlos de toda responsabilidad por daños que surjan del uso de dicha información para los propósitos especificados.

Internal Use Only: Date Entered: _____ CFS: _____