



### Necesidades Especiales Programa de Alerta ( SNAP )

Nueva Alerta  Actualizado Alerta

#### Información de Registrante

el Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Dirección física Ciudad Estado Código postal  
Teléfono de casa: ( ) Teléfono móvil: ( )  
Idioma principal que se habla: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_Masculino \_\_\_Femenino  
Fecha de Cumpleaños: (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_ Nombre de la Escuela o en el Trabajo: \_\_\_\_\_  
\*E-mail: \_\_\_\_\_ (\*utilizado para los recordatorios de alerta de actualización anual , etc.)

#### Información de Contacto de Emergencia

el Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Dirección física Ciudad Estado Código postal  
Teléfono de casa: ( ) Teléfono móvil: ( )  
Teléfono de trabajo: ( ) Relación: \_\_\_\_\_

#### Necesidades especiales (Por favor, marque todas las que correspondan)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad visual   | <input type="checkbox"/> Convulsiones   | <input type="checkbox"/> Cognitivamente / retraso Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Legalmente ciego      | <input type="checkbox"/> Impedimentos del habla                                   | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular                  |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Prótesis   | <input type="checkbox"/> Parálisis ( completo o parcial )    |
| <input type="checkbox"/> Sordos                | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral                                       | <input type="checkbox"/> Otros: _____                        |
| <input type="checkbox"/> Inmóvil               | <input type="checkbox"/> El síndrome de Down                                      | <input type="checkbox"/> Demencia de Alzheimer o Demencia    |
| <input type="checkbox"/> Sin palabras          | <input type="checkbox"/> Trastorno del estado de ánimo/ Enfermedad Mental         |  |
| <input type="checkbox"/> Parkinson's           | <input type="checkbox"/> Síndrome de Trastorno del Espectro de Autismo / Asperger |  |

#### Consideraciones especiales ( Por favor marque todas las que aplican)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Responde a órdenes verbales             | <input type="checkbox"/> Responde bien al tacto    | <input type="checkbox"/> Tiene alta tolerancia al dolor |
| <input type="checkbox"/> Comunicación / Habla Delay              | <input type="checkbox"/> Luz / Sirena Sensibilidad | <input type="checkbox"/> Discapacitados /Walker         |
| <input type="checkbox"/> Se comunica con PECS                    | <input type="checkbox"/> Sensibilidad Sonido       | <input type="checkbox"/> Tendencia a Wander             |
| <input type="checkbox"/> Se comunica con el lenguaje de señas    | <input type="checkbox"/> Utiliza Audífonos         | <input type="checkbox"/> La fascinación por el agua     |
| <input type="checkbox"/> Miedo de movimientos rápidos / multitud | <input type="checkbox"/> Sensibilidad de color     | <input type="checkbox"/> Tendencia a ocultar            |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                            |  |   |

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

Necesidades Especiales Programa de Alerta (SNAP) está diseñado para garantizar la seguridad de los residentes de la Ciudad de Winters que son más vulnerables a las emergencias y desastres, los ancianos y infirmos y las personas con diversas discapacidades y necesidades especiales. La información que usted proporciona acerca de la salud y de las condiciones médicas puede ser compartida con la Policía, Bomberos y otros servicios de emergencia para ayudarles a responder a una emergencia o desastre. Usted puede revocar su consentimiento para compartir la información en cualquier momento mediante solicitud por escrito a: El Departamento de Policía de Winters, 702 Main St., Winters, CA 95694 (Atención: SNAP). Proporcionar esta información no aseguran que los servicios de emergencia podrán prestar servicios a usted en una emergencia, pero les ayudará a responder adecuadamente en base a los recursos disponibles. **Doy la policía local y / o el personal médico el permiso para entrar en mi casa en caso de una emergencia. Mediante el envío de esta información, doy mi consentimiento para el intercambio de información en este formulario. Certifico que la información**

Nombre de la persona / Primaria Cuidador / Responsable forma de completar: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_