



Forma de Registración de Autismo/Discapacidad del Desarrollo Para Servicios de Emergencias

Nombre: _____ Día de nacimiento : _____

Raza: _____ Sexo: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Color de Pelo: _____ Color de Ojos: _____ Cicatrices/Marca de Nacimiento/Tatuajes: _____

Dirección de Casa: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Diagnostico: _____

Tiene Convulsiones? _____ Sí _____ No Nivel de Funcionamiento: _____ Alto _____ Bajo

_____ Verbal _____ No Verbal

Si es no verbal, modos de comunicación: _____

Responde a su nombre si es llamado _____ Sí _____ No

Medicamentos: _____

Alergia a Medicamentos: _____

Anteriormente a tenido Incidentes de deambularse ? _____ Sí _____ No

Si así es donde se a encontrado? _____

Agua mas cerca a la residencia: _____

Anote todos los lagos, estanque, arroyo, ríos, etc., en la área: _____

Lugar favorito de esconderse en la casa: _____

Lugar favorito en la vecindad/ comunidad : _____

Problemas de Sensoria: _____ Sí _____ No **Problemas de Tacto:** _____ Sí _____ No

Problemas de Sonido: _____ Sí _____ No **Problemas con luces brillantes:** _____ Sí _____ No

Problemas mirando a los ojos: _____ Sí _____ No

Problemas de procesamiento demorado: _____ Sí _____ No **Problemas de agresión:** _____ Sí _____ No

Comportamiento stimming: _____

Miedos: _____

Disgustos/Desencadenantes: _____

Objetos favoritos/Temas: _____

signos de pre-ataque: _____

Comportamiento de ataque: _____

Estrategias para calmarse:

Armas en la casa? ____ Sí ____ No Armas aseguradas? ____ Sí ____ No

Usan restricciones para su seguridad? ____ Sí ____ No

Cualquier información para los que puedan estar en riesgo: _____

Contacto de Emergencia

1. Nombre: _____ Relación: _____

Dirección : _____

Numero de Teléfono: _____ Celular: _____

2. Nombre: _____ Relación : _____

Dirección : _____

Numero de Teléfono: _____ Celular: _____

Yo, _____, doy permiso para que contacten a cualquier agencia de servicios de emergencias (incluyendo pero no limitada a : policía, bomberos, rescate, servicios médicos de urgencias, el centro de despacho del 911, el personal de búsqueda y rescate) para retener y distribuir la información contenida en esta forma de registración para otros servicios de emergencias para el único propósito de identificar y proteger a la persona identificada en esta forma in caso de cualquier situación de emergencia.

Nombre de persona llenando la forma o guardián: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____

Por favor manda la forma completa por correo electrónico a justinhopefoundation@gmail.com o por correo a P.O. Box 13383, Reno, NV 89507. Por favor llame al (775) 453-9262 si tiene preguntas o necesita asistencia.

*Porciones de información en esta forma fueron prestadas de "ASET (Autism Safety Education & Training)". Estamos agradecidos por su contribución.