



## 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-colapso: \_\_\_\_\_

Comportamiento de colapso: \_\_\_\_\_

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](mailto:justinhopefoundation@gmail.com) o por correo a 870 Steneri Way #101, Sparks, NV 89502. 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.