



## Socorristas de Emergência de Providence Sistema de Alerta para o Autismo



Nome da criança ou do adulto: \_\_\_\_\_

Data de nascença: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_

Idioma primário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Cor do cabelo: \_\_\_\_\_ Cor dos olhos: \_\_\_\_\_

Cicatrizes/Marcas/Tatuagens: \_\_\_\_\_

Alcunha (ou nome que deverá ser usado para obter uma resposta) \_\_\_\_\_

O indivíduo responde ao seu nome? Sim  Não

Método de comunicação? Verbal: Sim  Não  Limitado

Marque todos os que são aplicáveis: Linguagem de sinais:  Quadros com figuras:

Palavras escritas:

Outros: \_\_\_\_\_

Como é que o indivíduo reagirá a sireias, luzes, cães polícias, pessoas em uniforme?

\_\_\_\_\_

Ativadores emocionais ou aversões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Modos de iniciar uma conversa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O melhor método de aproximação (Incluir técnicas de aproximação e de desanuviamiento da crise normalmente usadas)

---

---

Fascinações ou **interesses especiais**: \_\_\_\_\_

---

**Comportamentos/movimentos repetitivos**: \_\_\_\_\_

---

Locais favoritos para ir ou locais onde a pessoa possa ser encontrada se tiver desaparecido:

---

---

**Questões médicas**: \_\_\_\_\_

---

Informações adicionais: \_\_\_\_\_

---

**Contacto de emergência**

Contacto de emergência primário: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Contacto de emergência secundário: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Os Departamentos de Polícia e de Bombeiros de Providence usarão os seus dados pessoais quando responderem ao seu pedido de serviço e/ou quando tiverem interação com a pessoa indicada. Os seus dados pessoais irão ajudar-nos a entender melhor as suas necessidades e como nós poderemos melhorar os nossos serviços em relação a si e/ou à sua família.

Confirmamos que é da sua responsabilidade assegurar-se de que as informações recolhidas estejam atualizadas e válidas, e que o Departamento de Relações da Comunidade (***Community Relations Bureau***) seja notificado por escrito de quaisquer alterações.

Community Relations Bureau  
325 Washington Street  
Providence, RI 02903

O Sistema de Alerta para o Autismo (Autism Alert System) é um programa voluntário, todas as informações permanecerão confidenciais e NÃO constituem um registo público, e só serão usadas para o seu propósito pretendido, que é proteger uma pessoa em perigo.

Eu, \_\_\_\_\_ dou voluntariamente a minha autorização para que as informações recolhidas possam ser usadas pelo pessoal da Polícia e dos Bombeiros de Providence a fim de melhor darem assistência a mim e à pessoa registada.

Nome em letra de imprensa: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Se estiver a completar este formulário para outra pessoa, por favor indique o seu nome e o vosso relacionamento.

Relacionamento com a pessoa a ser registada: \_\_\_\_\_