



Servicios de emergencia de Providence

Sistema de Alerta para el Autismo

Nombre del niño o adulto: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Raza: _____

Lengua materna: _____

Dirección: _____

Talla: _____ Peso: _____ Color de cabello: _____ Color de ojos: _____

Cicatrices, marcas o tatuajes: _____

Apodo (o nombre que debe usarse para solicitar una respuesta) _____

¿La persona responde a su nombre? Sí No

Método de comunicación Verbal: Sí No Limitado

Marque todas las opciones que correspondan: Lenguaje de señas: Pizarras con ilustraciones: Palabras escritas:

Otro:

¿De qué manera la persona puede responder a sirenas, luces o personas uniformadas de la brigada K9?

Detonantes o aversiones:

Disparadores para iniciar una conversación:

Método más indicado para acercarse (incluir las técnicas de acercamiento y de reducción de la tensión que se usan generalmente):

Fascinaciones o intereses especiales:

Comportamientos o movimientos repetitivos:

Lugares preferidos para visitar o sitios donde se la puede hallar a la persona si desaparece:

Problemas médicos:

Información adicional: _____

Contacto de emergencia

Principal contacto de emergencia:

Teléfono:

Dirección:

Contacto de emergencia secundario:

Teléfono:

Formulario de divulgación de la información

Los Departamentos de Policía y de Bomberos de Providence utilizarán su información personal cuando respondan a su solicitud de servicio o cuando interactúen con las personas mencionadas. Su información personal nos ayudará a comprender mejor sus necesidades y de qué manera podemos mejorar nuestros servicios con respecto a usted o su familia.

Se acepta que es su responsabilidad garantizar que la información recopilada esté actualizada y sea válida y que la **Community Relations Bureau** (Agencia de Relaciones Comunitarias) reciba una notificación por escrito sobre cualquier cambio que pueda surgir.

Community Relations Bureau
325 Washington Street
Providence, RI 02903

El Sistema de Alerta para el Autismo es un programa voluntario y toda la información se conservará de manera confidencial. Esta NO constituye un registro público y solo se utilizará para su propósito original con el fin de proteger a una persona en peligro.

Yo, _____, autorizo de manera voluntaria a que la información recopilada pueda ser utilizada por el personal de los Departamentos de Policía y de Bomberos de Providence con el fin de ofrecerme una mejor asistencia u ofrecerle una mejor asistencia a la persona registrada.

Nombre en letra de imprenta: _____ Firma: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: _____

Si completa este formulario en nombre de otra persona, indique su nombre y la relación con dicha persona.

Relación con la persona registrada: _____

Para preguntas relacionadas con la inscripción, comuníquese con Captain Henry Remolina at 401-243-6101.

**Para enviar electrónicamente, envie formularios por correo electrónico a
hremolina@providenceri.gov**

