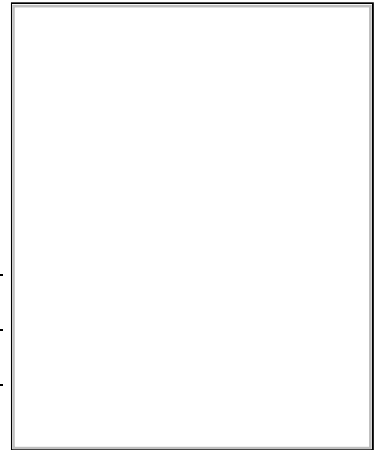




Departamento de Policía de Chicopee

Formulario de alerta de autismo/necesidades cognitivas para primeros respondedores



Nombre: _____ Apodo: _____

FDN: _____ Raza: _____ Genero: _____

Altura: _____ Peso: _____ Pelo: _____ Ojos: _____

NNS: _____ Escuela: _____

Cicatrices/tatuajes/marcas de nacimiento: _____

Dirección de casa: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Primary Diagnosis: _____

Nombre del doctor: _____ Teléfono: _____

Medicamentos: _____

¿Propenso a las convulsiones? Si: No: Es Verbal: No es verbal:

Si no es verbal, modo de comunicación: _____

Nivel de funcionamiento: _____

¿Responderá esta persona al nombre que se le llame?: Si: No:

¿Incidente errante anterior? Si: No:

En caso afirmativo, ¿dónde ha estado ubicada esta persona antes? _____

Enumere todas las piscinas, lagos, estanques, arroyos, estanques de drenaje, etc., en el área: _____

Escondite favorito en casa: _____

Lugar favorito en el barrio/comunidad: _____

Problemas sensoriales: Si: No: Toque: Si: No: Sonidos: Si: No:

Luces brillantes: Si: No: Contacto visual: Si: No:

Retrasos en el procesamiento: Si: No: Agresión: Si: No:

Comportamiento de autoestimulación: _____

Miedos: _____

Disgustos/Desencadenantes: _____

Objetos/Temas Favoritos: _____

Señales previas al colapso nervioso _____

Comportamiento del colapso nervioso: _____

Estrategias calmantes: _____

¿Acceso a vehículo de motor?: Si: No: Marca/Modelo: _____ Reg. # _____

¿Armas en el hogar? Si: No: ¿Armas aseguradas? Si: No:

¿Los cuidadores usan restricciones por seguridad? Si: No:

Cualquier otra información que considere pertinente para la persona en riesgo: _____

Contactos de emergencia:

1. Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Email: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Email: _____

Yo, _____, por la presente doy mi permiso para que cualquier agencia de primeros auxilios (incluidos, entre otros: policía, bomberos, rescate, EMS, centro de despacho 911, personal de búsqueda y rescate) retenga y distribuya la información contenida en este formulario de registro a otros primeros personal de respuesta con el único propósito de identificar y proteger a la persona identificada anteriormente en una situación de emergencia o crisis..

Nombre de la persona/guardián que completa el formulario: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Email: _____

Envíe el formulario completo por email mlyman@chicopeepolice.com o por correo a Chicopee Police Department, Attn: Sgt. Lyman, 110 Church St., Chicopee, MA 01020.

Llame al (413) 594-1700 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda.