

Departamento de Policía de Calhoun

Base de Datos de Necesidades Especiales

Si llena a mano, por favor imprima legiblemente.

Persona con Necesidades Especiales

Adulto

Juvenil

Nombre: _____ Apodo: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____

Descripción Física

Sexo: _____ Raza o origen étnico: _____ Tez: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Constitución Corporal: _____

Color de cabello: _____ Estilo de cabello: _____ Color de los ojos: _____

Vello facial: _____

Tatuajes/Cicatrices/Lunares: _____

Otras características físicas: _____

Información de Necesidades Especiales

Diagnóstico primario: _____

Diagnóstico secundario: _____

¿Tiene atracción al agua documentada?	Sí	No	¿Puede él / ella nadar?	Sí	No	¿Sensibilidad a las luces / sonidos?	Sí	No
---------------------------------------	----	----	-------------------------	----	----	--------------------------------------	----	----

Por favor explique las sensibilidades:

¿Cómo se comunica? _____

Factores Desencadenantes

Técnicas Calmantes

¿Condiciones médicas adicionales?

¿Otras señales sociales o información que pueda ayudar a los oficiales a interactuar mejor?

Información de Contacto

Dirección: _____

Teléfono: _____

Escuela (si
corresponde):

Oficina de la
escuela / mejor
contacto

Cuidador/Contacto de Emergencia

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Segundo nombre

Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo
Electrónico: _____

Por favor proporcione una fotografía de la persona con necesidades especiales. Por favor notifíquenos si hay algún cambio a la información proporcionada.

Aviso Legal

Reconozco que al marcar la casilla a continuación, la información que se proporciona es veraz, actual y válida y que estoy autorizado a presentarla en mi propio nombre o como tutor legal con autoridad para presentarla en nombre de otro. Yo además, entiendo que al inscribirme a mí mismo o a alguien más en el "Registro de Necesidades Especiales" del Departamento de Policía de Calhoun que la información personal ingresada puede ser utilizada por el personal de emergencia, incluidos, entre otros los agentes policiales, servicios de emergencia médica (primeros auxilios/paramédicos), y personal del departamento de bomberos en caso de una emergencia personal u otro tipo de situación de emergencia. También reconozco que será mi responsabilidad el mantener al día la información en el registro.

Además, se entiende que el completar este formulario, y la participación en el "Registro de Necesidades Especiales" del Departamento de Policía de Calhoun, es voluntaria y no puede garantizar y no tiene la intención de otorgar o justificar, ya sea expresada o explícita, resultados, promesas o beneficios por el uso de este formulario y/o participación en éste programa. El uso del "Registro de Necesidades Especiales" del Departamento de Policía de Calhoun implica el reconocimiento de éstas limitaciones y renunciaciones.

Entiendo el aviso legal anterior (requerido)

(Firma de la persona que completo este formulario)

(Fecha)

(Nombre impreso)

Por favor, complete todas las páginas de esta aplicación, escanee y envíe por correo electrónico junto con sus fotos a:

SpecialNeedsRegistry@calnet-ga.net

Si prefiere enviar la solicitud junto con las fotos, envíela a:

**Calhoun Police Department
Attn: Special Needs Registry
200 North Wall Street
Calhoun, GA 30701**