

## Seleccione el Producto de Identificación Incluido con su Afiliación

### 1" Mida su muñeca para la pulsera de identificación

Use un medidor flexible para determinar el tamaño de su muñeca, o ponga un cordón alrededor de la muñeca y luego mídalo usando la regla aquí a la izquierda.

### 2" La parte de enfrente del producto

**2101** Emblema Grande en Acero Inoxidable, Logo Morado con Pulsera  
—no hay ejemplo

**2102** Emblema Chica en Acero Inoxidable, Logo Morado con Pulsera



**2100** Collar con Pendiente Redondo en Acero Inoxidable, Logo Morado



### 4" La parte de atrás del producto



Otros Productos están disponibles a un costo adicional. Selección completa en la página de Internet [www.medicalert.org/safereturn](http://www.medicalert.org/safereturn)

**6" Grabado del Producto:** En caso de emergencia, el personal de respuesta debe conocer la información médica vital de su ser querido a fin de tratarlo correctamente. Su producto de identificación de MedicAlert + Safe Return tendrá grabado el número de identificación del afiliado y el de nuestra línea de emergencia, disponible las 24 horas del día, para ayudar al personal de emergencia poder atender a su ser querido inmediatamente.

**7" Advertencia:** Una vez que su producto de identificación haya sido grabado y enviado, los cambios solicitados generan un cobro adicional. El grabado del producto de cada afiliado es único para esa persona. Por lo tanto, no es posible transferirlo a otra persona, modificarlo, venderlo o devolverlo. Para garantizar que usted reciba un tratamiento preciso, completo y adecuado, se grabará en su producto de identificación la condición médica que nuestro personal experto considere vital en caso de emergencia.

## Cómo funciona

### Afiliado es reportado extraviado

- Información y foto son enviados por fax a la policía local que ayuda en la búsqueda

### Afiliado es encontrado

- Un ciudadano o un oficial de la policía encuentra a la persona y llama al número 1-800 que está listado en el producto de identificación del afiliado
- MedicAlert + Safe Return se comunica con los contactos del afiliado para asegurar que el afiliado sea devuelto a casa

## Costo

El cobro de \$49.95 incluye:

- Los productos de identificación y el número 1-800, disponible las 24 horas del día de MedicAlert + Safe Return
- Una tarjeta de emergencia personalizada para la billetera
- Servicio de respuesta a emergencias disponible las 24 horas del día
- Registro médico personal (PHR, por sus siglas en inglés)
- Un imán de Safe Return para el refrigerador

### Agregue \$25 para afiliación y productos de identificación del cuidador *Opcional*

- Afiliación incluye todo lo que fue listado arriba
- El cuidador lleva el producto de identificación reconocido por todo el mundo para alertar a los demás que cuida a un afiliado del programa MedicAlert + Safe Return en caso de emergencia

### Cargo anual de administración del programa de \$25

- Este cargo ayuda a MedicAlert + Safe Return a responder a las miles de llamadas para pedir ayuda cada año

## Cuatro maneras fáciles de inscribirse

**Correo** MedicAlert + Safe Return  
2323 Colorado Avenue, Turlock, CA 95382

**Teléfono** 1.888.572.8566

**Internet** [www.medicalert.org/safereturn](http://www.medicalert.org/safereturn)

**Fax** 1.800.863.3429

### En caso de emergencia, llame al: 1.800.625.3780

Para mayor información sobre la enfermedad de Alzheimer llame al **1.800.272.3900** o visite [www.alz.org](http://www.alz.org).

Es común que una persona con demencia deambule y se extravíe; muchos lo hacen repetidamente. De hecho, más del 60 por ciento de las personas con demencia deambularán en algún punto durante el transcurso de la enfermedad. Esto puede ser peligroso e, incluso, representar un riesgo a la vida para la persona que deambula. El estrés puede perjudicar mucho a la familia o a los que cuidan de una persona con Alzheimer.

MedicAlert® + Alzheimer's Association Safe Return® es un programa especialmente diseñado para las personas que sufren de la enfermedad de Alzheimer y ayuda a reunir a los cuidadores y familiares con la persona con demencia que se ha deambulado y extraviado. Proporcionamos servicio de 24 horas al día sin importar cuándo ni dónde ha deambulado la persona.

En una emergencia, cada segundo cuenta. ¡Desde 1956, MedicAlert ha salvado más de 100.000 vidas! Las famosas placas de identificación de MedicAlert identifican y dan información médica esencial al personal de emergencia en cualquier parte del mundo. MedicAlert tiene 51 años de experiencia de salvar vidas con un sistema de respuesta las 24 horas al día. Millones de personas han puesto su fe en nuestra habilidad de comunicar información médica esencial en caso de emergencia que puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte. Somos la marca que el personal de emergencia busca y en la cual confía más cuando los segundos cuentan.

### ¿Sabía usted?

Desde 1993, el programa de Alzheimer's Association Safe Return ha ayudado a reunir más de 13.000 personas con sus familiares y cuidadores. La Alzheimer's Association es la fuente confiable de información, educación, referencia y apoyo para millones de personas afectadas por el mal de Alzheimer, sus familias, y sus cuidadores.

### Inscríbese hoy

1.888.572.8566 | [www.medicalert.org/safereturn](http://www.medicalert.org/safereturn)

## Cuatro maneras fáciles de inscribirse:

Enviar este formulario por correo

Llamar al 1.888.572.8566

www.medicalert.org/safereturn

Fax 1.800.863.3429

### Información Requerida *Se requiere de toda la siguiente información para completar su inscripción*

#### Información del Afiliado

Apellido del Afiliado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Apodo \_\_\_\_\_

Dirección (no un buzón de correo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Color de ojos \_\_\_\_\_ Color de pelo \_\_\_\_\_

Raza/etnicidad \_\_\_\_\_

Tez  Morena  Mediana  Blanca

Nombre de Seguro Médico \_\_\_\_\_

#### Detalles

*Marque todos los que aplican y agregue descripción/locación*

Lunar \_\_\_\_\_

Tatuaje \_\_\_\_\_

Cicatriz \_\_\_\_\_

Antojo \_\_\_\_\_

Número de la policía local (no el 911) \_\_\_\_\_

#### Condiciones médicas

*Marque la caja al lado de cada una de sus condiciones médicas y escriba cualquier otra. Aunque las siguientes condiciones son muy importantes, se debe notar cualquier condición que requiere de cuidado médico continuo o de atención especial en caso de emergencia.*

Enfermedad de Alzheimer

Enfisema

Angina de pecho

Epilepsia

Artritis

Glaucoma

Asma

Problemas del Oído Crónica

Fibrilación Auricular

Alta Presión

Enfermedad Pulmonía Obstructiva

Ataque Cardíaco

*(COPD, siglas en inglés)*

Transplante de Órgano

Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Convulsiones

Enfermedad de la Arteria Coronaria

Embolia

Demencia

Enfermedad de Von Willebrand

Diabetes

No sufro de ninguna condición médica

#### Alergias a medicinas

*Liste todos los medicamentos conocidos*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Medicamentos

*Liste todos los medicamentos, su frecuencia de administración y dosis, incluyendo inhaladores*

Medicamento \_\_\_\_\_ Dosis Recetada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Producto de Identificación

*Marque el tipo y el estilo*

Tipo:  Pulsera o  Collar

Estilo:  Pulsera de acero inoxidable  Collar de acero inoxidable

Medida exacta de la muñeca \_\_\_\_\_ pulgadas

*Requerida para la pulsera*

#### Información sobre el Cuidador

**Cuidador – la persona a quien se llama en primer lugar si se encuentra al afiliado**

*Los productos de identificación se envían a esta dirección, a menos que se indique lo contrario*

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección (no un buzón de correo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (marque el mejor número) \_\_\_\_\_

Residencia \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Relación al afiliado \_\_\_\_\_

**Contacto Secundario – la persona a quien se llama si no se puede contactar al cuidador**

Nombre completo \_\_\_\_\_

Dirección (no un buzón de correo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Relación al afiliado \_\_\_\_\_

#### Afiliación y Producto de Identificación Opcionales para el cuidador

*Marque el tipo y el estilo*

Tipo:  Pulsera o  Collar

Estilo:  Pulsera de acero inoxidable  Collar de acero inoxidable

Medida exacta de la muñeca \_\_\_\_\_ pulgadas

*Requerida para la pulsera*

#### Consentimiento

**Importante:** Al aceptar afiliarse con MedicAlert Foundation usted como afiliado o cuidador y/o como cuidador por parte del afiliado nombrado arriba (colectivamente llamados "usted"), usted autoriza a MedicAlert para divulgar toda información confidencial médica y de otro tipo sobre usted en caso de emergencia y al personal de atención de salud designado por usted. Si decide anular su afiliación, le solicitamos notificación por escrito y la devolución del producto de identificación. MedicAlert depende en la certeza de la información proveída por los afiliados. En consecuencia, los afiliados aceptan defender, indemnizar y librar a MedicAlert (incluyendo a sus empleados, funcionarios, directores y agentes) de toda demanda presentada por el afiliado u otras personas debido a lesiones, muerte, pérdidas o daños parcial o totalmente derivados del suministro de información incompleta o imprecisa a MedicAlert por el afiliado. Asimismo, como cuidador del afiliado antes nombrado, usted, por la presente, manifiesta y garantiza que tiene plenas facultades y autorización, como representante debidamente autorizado del afiliado, para inscribir al afiliado en este programa y actuar en su representación.

Firma del cuidador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### Costo

Cargo inicial \_\_\_\_\_

Afiliación y producto de identificación opcionales para el cuidador (\$25.00) \_\_\_\_\_

Cargo de Envío \_\_\_\_\_

**Total** \_\_\_\_\_

**Cargo anual de administración del programa**

*Yo autorizo que el cargo anual de \$25 sea cobrado a la cuenta designada abajo cuando ya sea hora de renovar mi afiliación:*  Sí  No

**Forma de Pago**

Cheque  VISA  MasterCard  American Express  Discover

N° de la tarjeta de crédito \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

Nombre del titular \_\_\_\_\_

Firma del titular \_\_\_\_\_

**¿Está incluida una foto reciente del afiliado?**  Sí  No

*Envíe el original de la foto de tamaño de pasaporte o más grande. No se le devolverá la foto. Asegúrese de escribir el nombre del afiliado en la parte de atrás de la foto.*

*Precios en efecto desde 11/2007 y sujetos a cambio sin aviso.*