

Inscripción para el afiliado

Apellido _____

Nombre _____

Apodo _____

Dirección *(no un buzón de correo)* _____

Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (_____) _____

Fecha de nacimiento _____ Hombre Mujer

Últimos 4 dígitos de su seguro social _____

Estatura _____ Peso _____

Color de ojos _____ Color de pelo _____

Raza/etnicidad _____

Tez Morena Mediana Blanca

Lunar Tatuaje Cicatriz Marca de nacimiento

Alergias a medicinas

Proporcione todas las alergias a medicinas.

Medicamentos

Proporcione todos los medicamentos y dosis, incluyendo inhaladores.

Medicamento recitado	Dosis recetada
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Condiciones médicas

Solamente las personas que sufren del Alzheimer o de otro tipo de demencia son elegibles para el programa MedicAlert + Alzheimer's Association Safe Return.

La enfermedad de Alzheimer

Otro tipo de demencia _____

Otras condiciones médicas

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sordo |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmónica Obstructiva Crónica (COPD, siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Trasplante de Órgano |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria Coronaria | <input type="checkbox"/> Embolia/ataque cerebral |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | |

Otra _____

Implante* _____

Información del contacto primario

Apellido _____

Nombre _____

Dirección *(no un buzón de correo)* _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la casa (_____) _____

Teléfono celular (_____) _____

Teléfono del trabajo (_____) _____

Correo electrónico _____

Información del contacto secundario

Apellido _____

Nombre _____

Dirección *(no un buzón de correo)* _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la casa (_____) _____

Teléfono celular (_____) _____

Teléfono del trabajo (_____) _____

Correo electrónico _____

Inscripción opcional de \$35 para el cuidador

Apellido _____

Nombre _____

Apodo _____

Dirección *(no un buzón de correo)* _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la casa (_____) _____

Teléfono celular (_____) _____

Teléfono del trabajo (_____) _____

Fecha de nacimiento _____ Hombre Mujer

Últimos 4 dígitos de su seguro social _____

Alergias a medicinas

Proporcione todas las alergias a medicinas.

Medicamentos

Proporcione todos los medicamentos y dosis, incluyendo inhaladores.

Medicamento recitado	Dosis recetada
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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 especial en caso de una emergencia.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sordo |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmónica Obstructiva Crónica (COPD, siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Trasplante de Órgano |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria Coronaria | <input type="checkbox"/> Embolia/ataque cerebral |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | |

Otra _____

Implante* _____

No sufro de ninguna condición médica

Información del contacto de emergencia

Apellido _____

Nombre _____

Apodo _____

Teléfono de la casa (_____) _____

Teléfono celular (_____) _____

Teléfono del trabajo (_____) _____

* Proporcione el fabricante, modelo y número de serie, o incluya una copia de su tarjeta de implante con este formulario.

Productos de identificación y pago

1"

Seleccione el producto de identificación incluido con su afiliación

Se envían todos los productos al contacto primario si no se pide de otra forma.

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 de la página.

La parte de enfrente del producto

- Z101 Emblema grande en acero inoxidable, logo morado con pulsera (no hay ejemplo)
Z102 Emblema chica en acero inoxidable, logo morado con pulsera



- Z100 Collar con pendiente redondo en acero inoxidable, logo morado



La parte de atrás del producto



Otros productos están disponibles en la página de Internet medicalert.org/safereturn.

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 + Alzheimer's Association Safe Return tendrá grabado el número de identificación del afiliado y el de nuestra línea de emergencia, disponible las 24 horas al día, para ayudar al personal de emergencia poder atender a su ser querido inmediatamente. Para garantizar que usted reciba un tratamiento preciso, complete y adecuado, se grabará en su producto de identificación la condición médica que nuestro personal experto considere vital en caso de emergencia.

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.

Precios en efecto desde 2/2012 y sujetos a cambio sin aviso. MedicAlert® es una Marca Registrada® y una Marca de Servicio de la Fundación MedicAlert. Safe Return es una Marca Registrada y una Marca de Servicio de la Alzheimer's Association. MedicAlert es una organización sin fines de lucro tipo 501(C)(3). © 2012. Todos los derechos reservados. Preparado bajo un subvención del Departamento de Justicia de los EE.UU., Agencia de Asistencia Judicial número 2010-SJ-BX-K001 e impreso de nuevo bajo la subvención número 2009-SJBX-K013. Los puntos de vista y/o las opiniones expresados en este documento son del autor y no representan una posición oficial ni la política del Departamento de Justicia de los Estados Unidos.

Selección de producto para el afiliado

- Tipo Pulsera de acero inoxidable pequeña (1³/₈")
 Pulsera de acero inoxidable grande (1⁵/₈")
 Pendiente de acero inoxidable (1¹/₄")
con collar (26")

Medida exacta de la muñeca _____ pulgadas
(Requerida para la pulsera. Favor de medir la muñeca y agregue ½ pulgada.)

Selección de producto para el cuidador (si está pagando inscripción para el cuidador)

- Tipo Pulsera de acero inoxidable pequeña (1³/₈")
 Pulsera de acero inoxidable grande (1⁵/₈")
 Pendiente de acero inoxidable (1¹/₄")
con collar (26")

Medida exacta de la muñeca _____ pulgadas
(Requerida para la pulsera. Favor de medir la muñeca y agregue ½ pulgada.)

Consentimiento

Importante: Al aceptar afiliarse con MedicAlert Foundation usted como afiliado o 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 proporcionada por los afiliados. En consecuencia, los afiliados aceptan defender, indemnizar y librar a MedicAlert (incluyendo a sus empleados, funcionarios, directores, agentes y organizaciones con las cuales mantiene una alianza de mercadeo para la provisión de servicios bajo esta afiliación) 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 _____

¿Está incluida una foto reciente del afiliado?

Sí No

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

Costo

Cargo inicial	\$ 55
Afiliación y producto de identificación opcional para el cuidador (\$30)	_____
Cargo de envío	\$ 7
Total	\$ _____

\$35 cargo anual del programa

Yo autoriza que el cargo anual de \$35 sea cobrado a la cuenta designada abajo cuando sea hora de renovar mi afiliación:

Sí No

Forma de pago

- Cheque (Pagadero a MedicAlert Foundation)
 Visa® Mastercard®
 American Express® Discover®

No. de la tarjeta de crédito _____

Fecha de vencimiento ____/____/____

Nombre del titular _____

Firma del titular _____

2"

3"

4"

5"

6"

7"

8"