

Seleccione el producto de identificación incluido con su afiliación

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



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



MEMBER



CAREGIVER

Otros productos están disponibles en la página de [Internet medicalert.org/safereturn](http://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.

Cómo funciona el programa

Se informa que el afiliado está extraviado

- » La persona llama al 800.625.3780 para reportar que el afiliado se ha extraviado.
- » Información y una foto son enviadas por fax a la policía local y ellos hacen la búsqueda.
- » Apoyo es proporcionado por MedicAlert® + Alzheimer's Association Safe Return® y las oficinas locales de la Asociación.

Se encuentra al afiliado

- » Cuando una persona o un trabajador de emergencia encuentre a la persona, puede llamar al número sin costo que se encuentra en el producto de identificación que lleva el afiliado.
- » MedicAlert + Safe Return se comunica con los contactos personales del afiliado para asegurar el regreso seguro de la persona.

Costo

El costo de \$55 incluye:

- » Identificación de afiliación grabada con información personal y el número de emergencia sin costo de MedicAlert + Safe Return, disponible las 24 horas al día.
- » Una tarjeta de emergencia personalizada para la billetera.
- » Servicio nacional para responder a emergencias disponible las 24 horas al día.
- » Un registro médico personal.
- » Un imán para el refrigerador Six Steps to a Safe Return (sólo disponible en Inglés).

Se dispone de afiliación opcional con identificación para cuidadores por \$35

- » Afiliación incluye todo lo que está descrito arriba.
- » El producto de identificación es reconocido por todo el mundo y en caso de una emergencia, les avisa a otros que tal cuidador está a cargo de una persona inscrita en el programa MedicAlert + Safe Return.

\$35 cargo anual

Un cargo anual de \$35 será cobrado después del primer año por cada afiliado.



alz.org/espanol

- › Información sobre la enfermedad.
- › Hojas informativas sobre una variedad de temas para el cuidador.
- › Información y recursos sobre la seguridad, incluyendo MedicAlert + Safe Return.
- › Consejos para aliviar el estrés que experimente un cuidador.



alz.org/entrenamiento

Cursos prácticos gratuitos en línea, que incluyen lo siguiente:

- › *Lo básico: La pérdida de memoria, la demencia y la enfermedad de Alzheimer.*



800.272.3900

Línea de ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana — disponible todo el día, todos los días. La asistencia está disponible en español.

alzheimer's  association®

La Alzheimer's Association es una organización voluntaria de salud líder en el mundo en cuanto a la atención médica, el apoyo y la investigación sobre el Alzheimer. Nuestra misión es eliminar la enfermedad de Alzheimer a través de la promoción de investigaciones, brindar y mejorar el cuidado y el apoyo para todas las personas afectadas y reducir el riesgo de padecer demencia a través de la promoción de la salud mental.

Nuestra visión es un mundo sin Alzheimer.

800.272.3900 | alz.org®

Esta es una publicación oficial de la Alzheimer's Association pero puede ser distribuida por organizaciones e individuos no afiliados. Su distribución no constituye una aprobación de dichas partes o sus actividades por parte de la Alzheimer's Association.

Seis de cada 10 personas con Alzheimer deambularán

**Usted no puede saber cuándo ocurrirá
pero sí sabrá qué hacer cuando pase.**



Live 24-hour emergency response for
wandering and medical emergencies



safe return[®]

alzheimer's  association[®]

Prepárese par lo inesperado

Es común que una persona con demencia deambule y se extravíe; muchos lo hacen repetidamente. De hecho, seis de cada 10 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 a la familia o a las personas encargadas de su cuidado.

La Alzheimer's Association y la Fundación Internacional de MedicAlert han formado una alianza para mejorar la seguridad de las personas con Alzheimer o una demencia relacionada.

MedicAlert® + Alzheimer's Association Safe Return® es un servicio nacional disponible 24 horas al día para personas con Alzheimer o una demencia relacionada en caso que se extravíen o tengan una emergencia médica. Proporcionamos servicio las 24 horas al día, sin importar cuándo ni dónde se reportó la persona extraviada.

Cuatro maneras fáciles de inscribirse:

1 Envíe el formulario de inscripción por correo usando el sobre pre-pagado incluido en este folleto.

MedicAlert + Safe Return
PO Box 21009
Lansing, MI 48909

2 Llame al 888.572.8566

3 Inscríbase en línea visitando
medicalert.org/safereturn

4 Mande su formulario de inscripción por fax al 800.863.3429

Miembro de inscripción

Apellido _____

Nombre _____

Apodo _____

Dirección *(no un buzón de correo)* _____

Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (_____) _____

Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____

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"/> Infarto de miocardio |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Trasplante de Órgano |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria Coronaria |
| <input type="checkbox"/> Sordo | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonía Obstructiva Crónica (COPD, siglas en inglés) | <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 (día/mes/año) _____

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
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medicamentos - Proporcione todos los medicamentos y dosis, incluyendo inhaladores.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Trasplante de Órgano |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria Coronaria |
| <input type="checkbox"/> Sordo | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonía Obstructiva Crónica (COPD, siglas en ingles) | <input type="checkbox"/> Enfisema |

Otra _____

Implante* _____

Ninguna condición medica

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

Información del contacto de emergencia

Apellido _____

Nombre _____

Apodo _____

Teléfono de la casa (_____) _____

Teléfono celular (_____) _____

Teléfono del trabajo (_____) _____

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

Important: 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

Por favor envíe a

MedicAlert + Safe Return
PO Box 21009
Lansing, MI 48909