

## 阿茲海默症關愛服務 CARINGKIND 紐約市安全返家計畫：新的註冊表

### 入會登記 (請填寫所有項目)

姓

名

住址

公寓號碼      市      區      郵遞區號

電話號碼 (手機)      電話號碼 (住家)

       
出生年月 (月/日/年)      社安號的後四位數

電郵

性別 (請選一項)  
 女  男  選擇自我描述為：\_\_\_\_\_

首要緊急聯絡人 - 姓名

住址 (不能使用郵政信箱號碼)

公寓號碼#      市      州      郵遞區號

電話號碼 (手機)      電話號碼 (住家)

電郵

第二緊急聯絡人 - 姓名

電話號碼 (手機)      電話號碼 (住家)

電郵

### 您的緊急狀況醫療記錄

病史 & 體內植入物

阿茲海默症  其他失智症  
(請註明體內植入物的型號)

### 過敏源

列出所有已知的食物、藥物或其他過敏源

### 日常用藥

列出所有藥物名稱和劑量，包括吸入器

您是退役老兵嗎？

是  否

是否提供了會員近照？

是  否

請提交原版照片 - 按護照照片尺寸或更大。照片將不退還。請在照片背面註明會員的姓名。

照顧者可選的註冊計畫：請登錄 [www.cknyc.org](http://www.cknyc.org)  
或撥打我們的輔助熱線電話 **646-744-2900**

醫療警覺基金會 (MedicAlert Foundation) 是 501(C)(3) 非營利機構。  
©2020 版權所有。醫療警覺項目 (MEDICALERT®) 是醫療警覺國際基金會在美國的註冊商標和服務標誌。

## 首飾識別牌選項

由手腕尺寸不正確導致的任何更換均需另外付費。



### 中號橙色不銹鋼 ID手鍊

\$29.99  
(雕刻空間:5行)

手腕測量: \_\_\_\_\_  
(手鍊必須有手腕尺寸,並請在原始尺寸上增加1/2英寸)



### 大號紅色不銹鋼 ID手鍊

\$29.99  
(雕刻空間:6行)

手腕測量: \_\_\_\_\_  
(手鍊必須有手腕尺寸,並請在原始尺寸上增加1/2英寸)

### 您想在自己的首飾識別牌上刻什麼?

至少在您的手鍊識別牌上會被刻上阿茲海默症或失智症,還會列出緊急狀況下需要獲悉的個人病況或過敏源。比如-糖尿病、高血壓、對盤尼西林過敏、不可有MRI等。

請選擇:  阿茲海默症  其他失智症

雕刻內容 1

雕刻內容 2

雕刻內容 3

雕刻內容 4

雕刻內容 5

雕刻內容 6

選勾下框,表示除阿茲海默症或其他失智症之外,任何其他有關我的信息都不雕刻在手鍊識別牌裡(注意:不建議這樣做)。

## 優惠會員年費 \$49.99

- 7天24小時緊急呼應服務
- 個人信息檔案
- 急救醫療信息檔案
- 半身肖像(個人)
- 7天24小時走失支持
- 可打印的醫療信息檔案
- 緊急狀況通知

### 申請費

手鍊成本費	_____
優惠會員年費	\$49.99
郵寄費	\$7.00
<b>TOTAL</b>	_____

為了方便起見並確保您的會員資格不被中斷,您的信用卡將在週年續期期間被自動收取年度會費。

## 收件者姓名

名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_

寄至機構名稱 \_\_\_\_\_

收件地址 街道 (不能用郵政信箱號碼代替) \_\_\_\_\_

市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

電話號碼 \_\_\_\_\_

電郵 \_\_\_\_\_

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 付款方式:

- 支票 (支票抬頭請寫: MedicAlert Foundation)  
 MasterCard®  Visa®  Discover®  AMEX®  
不接受其他信用卡。沒有CODs。申請會員手鍊必須伴隨付款。

信用卡號碼 \_\_\_\_\_

有效日期 (MM/YY) \_\_\_\_\_ 安全碼 \_\_\_\_\_

持卡者姓名 \_\_\_\_\_

持卡者賬單地址 \_\_\_\_\_

市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

持卡者授權簽名 \_\_\_\_\_

## 同意 & 確認

重要提示:您本人或照顧者或作為被您照顧的人的代表,申請成為醫療警覺服務會員(統稱為“您”)。您授權給醫療警覺服務,在緊急狀況下讓您指定的醫療團隊獲取您所有的醫療或其他保密資料。如果您選擇終止會員資格,您必須以書面形式通知我們。醫療警覺服務仰賴您所提供的信息的準確性,因此,您同意維護和保護醫療警覺服務的人員(包括其僱員、管理人員、董事成員、代理商和有關組織)免受損害。如果由於您所提供的資料不完全或不準確而導致會員受到傷害、死亡或損失,您不能因此而對醫療警覺服務人員提出任何索賠和訴訟。此外,如果您的名字在前面出現過並被會員指定為醫療警覺服務的全權代表,您具有代表會員的全部權力。如您需要更改會員的資料(比如住址、首要聯絡人、藥物等),請致電1-800-432-5378。

首要聯絡人或完成該申請表的人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_