

CARINGKIND NYC WANDERER'S SAFETY PROGRAM: Formulario de Inscripción Para Cuidadores
MEMBRESÍA DE CUIDADOR

(Todos los campos requeridos)

Apellido _____

Nombre _____

Dirección (no buzón de correo) _____

NY

Número de apartamento Ciudad Estado Código Postal

Teléfono móvil Teléfono de casa

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)

 Últimos 4 dígitos del
 Número de Seguro Social

Correo electrónico:

 ¿Eres un veterano? Sí No

Género (marque uno)

 mujer hombre prefiero autodescribirme: _____

Contacto primario de emergencia – nombre completo _____

Dirección (no buzón de correo) _____

Número de apartamento Ciudad Estado Código Postal

Teléfono móvil Teléfono de casa

Correo electrónico:

Contacto secundario de emergencia – nombre completo _____

Teléfono móvil Teléfono de casa

Correo electrónico:

Para obtener más información o para inscribirse en línea, visite:
www.caringkindnyc.org/wandersafety
 O llame a nuestra línea de ayuda: 646-744-2900

Número de identificación de pulsera para persona con Alzheimer/ demencia:

Información para el registro de salud de emergencia del cuidador
CONDICIONES MEDICAS Y DISPOSITIVOS

(Para dispositivos médicos, incluya el número de modelo)

ALERGIAS Enumere todas las alergias a alimentos, medicamentos u otras alergias conocidas.

MEDICINAS Enumere todos los medicamentos y las respectivas dosis, incluyendo los inhaladores.

INSCRIPCIÓN DE MEMBRESÍA

Mida con cuidado. Hay un costo por cualquier producto de reemplazo debido a una medida incorrecta de la muñeca.



Orange Classic Steel ID Bracelet (A656) - \$32.99

Medidas de muñeca: _____
(Requerido para pulsera. Mida la muñeca cómodamente y agregue ½ pulgada.)



Red Classic Steel ID Bracelet (A091) - \$32.99

Medidas de muñeca: _____
(Requerido para pulsera. Mida la muñeca cómodamente y agregue ½ pulgada.)

Su pulsera de identificación se grabará de la siguiente manera:

Soy cuidadora de una persona con demencia.
Ayuda llamando al 1-800-625-3780.

Un número de identificación grabado en la pulsera, identificará al cuidador.

MEMBRESÍA ANUAL VENTAJA \$49.99

- Equipo de respuesta de emergencia 24 horas al día, 7 días a la semana
- Perfil de salud de emergencia
- Asistencia ambulante 24/7
- Notificación de contacto de emergencia
- Perfil personal
- Foto de retrato (Selfie)
- Perfil de salud imprimible

PAGO

Pulsera _____
Membresía Anual **\$49.99** _____
Envío **\$ 9.95** _____
TOTAL

Para su conveniencia y para garantizar una membresía ininterrumpida, su tarjeta de crédito será automáticamente cargada en su fecha de renovación anual.

Para obtener más información o para inscribirse en línea, visite:
www.caringkindnyc.org/wandersafety

O llame a nuestra línea de ayuda:
646-744-2900

ENVIAR A LA DIRECCIÓN (sin apartado postal)

Nombre _____

Dirección _____

Número de apartamento Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____

Correo electrónico:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

TIPO DE PAGO

- Cheque (Hacer pagadera a MedicAlert Foundation)
 MasterCard® Visa® Discover® AMEX®

No se aceptan otras tarjetas. Sin COD.
El pago debe acompañar el pedido.

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO _____

FECHA DE CADUCIDAD (MM/YY) CÓDIGO DE SEGURIDAD

NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA _____

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA _____

Ciudad Estado Código Postal

FIRMA DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA _____

CONSENTIMIENTO

Importante: Al afiliarse a MedicAlert Foundation, por sí mismo como miembro o cuidador por parte del miembro 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 para otro personal de salud que usted designe. Si decide cancelar la membresía, debe notificarnos por escrito. MedicAlert depende de la exactitud de la información que usted proporcione. Usted, por lo tanto, acepta defender, indemnizar y librar a MedicAlert (incluyendo sus empleados, funcionarios, directores, agentes y organizaciones con los que mantiene una alianza de mercadeo para la provisión de servicios bajo esta afiliación) de cualquier reclamo o demanda presentada por el miembro u otras personas debido a lesiones, muerte, pérdidas o daños parcial o totalmente derivados del suministro de información incompleta o inexacta a MedicAlert. Asimismo, como cuidador por el miembro nombrado arriba, usted declara y garantiza a MedicAlert que usted tiene plenas facultades y la autorización, como representante debidamente autorizado de dicho miembro, para inscribir y actuar en su nombre. **Para actualizar cualquier cambio en su inscripción (por ejemplo, dirección, contactos principales, medicamentos, etc.), llame al 1-800-432-5378.**

FIRMA DEL CUIDADOR(A) _____

FECHA _____