

**CARINGKIND NYC WANDERER'S SAFETY PROGRAM: NUEVO FORMULARIO DE INSCRIPCION**

**INSCRIPCION DE MEMBRESIA**

(Todos los campos son obligatorios)

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

¿El miembro es un veterano?  Sí  No

Género

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](http://www.caringkindnyc.org/wandersafety)

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

**INFORMACION DE SU EXPEDIENTE DE SALUD DE EMERGENCIA**

**CONDICIONES MEDICAS Y DISPOSITIVOS**

Alzheimer's  Otra demencia

*(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.

**¿HA PROPORCIONADO UNA FOTO RECIENTE DEL MIEMBRO?**

Sí  No *Envíe una foto original tamaño pasaporte o mas grande. Esta foto no será devuelta. Escriba el nombre del miembro en la parte posterior de la foto.*

