



**OFICINA DEL ALGUACIL, CONDADO DE SUFFOLK, N.Y.**

**AGENCIA DE SEGURIDAD ACREDITADA  
DEPARTAMENTO DEL PROYECTO SALVIDAS**

100 CENTER DRIVE  
RIVERHEAD, N.Y. 11901  
(631) 852-3003



**ERROL D. TOULON, JR., Ed.D.  
ALGUACIL**

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL PROYECTO SALVAVIDAS (ADULTOS)

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Apodo(s): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Período de tiempo que ha residido en el domicilio antes mencionado: \_\_\_\_\_

Domicilio(s) anterior(es) del cliente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

### DESCRIPCIÓN DEL CLIENTE

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad actual: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Altura: \_\_\_\_\_ Pies \_\_\_\_\_ Pulgadas    Peso: \_\_\_\_\_    Contextura: \_\_\_\_\_

Color de cabello: \_\_\_\_\_ Estilo de cabello: \_\_\_\_\_ Color de ojos: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Complejión: \_\_\_\_\_

Vello facial: \_\_\_\_\_

Cicatrices, marcas, tatuajes distintivos (describir): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si el cliente no entiende el inglés, indique qué idioma entiende: \_\_\_\_\_

Gafas:  Sí  No    Audífonos:  Sí  No    Dispositivos de movilidad:  Bastón  Andador

¿Sale solo el cliente?  Sí  No    Si es así, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**SALUD DEL CLIENTE**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Diagnosticado a los: \_\_\_\_\_

Problemas médicos adicionales conocidos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problemas psicológicos conocidos: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Discapacidades físicas conocidas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos (nombre, dosis y frecuencia): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: \_\_\_\_\_

---

**HISTORIAL DE DEMABULACIONES/ESCAPADAS**

Historial previo de deambulaciones:  Sí  No Si es así, explique incluyendo fechas, localidades y resultados:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**HÁBITOS/PERSONALIDAD DEL CLIENTE**

Consumo productos de tabaco:  Sí  No Lleva fósforos:  Sí  No Lleva encendedor:  Sí  No

Consumo alcohol:  Sí  No Si es así, tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_

Lleva dinero en efectivo:  Sí  No Si es así, monto y lugar donde lo lleva: \_\_\_\_\_

Intereses/pasatiempos: \_\_\_\_\_

Extrovertido  Reservado Habla con extraños  Sí  No Peligro para sí mismo u otros  Sí  No

El cliente teme a (los perros, gatos, personas, ruidos, oscuridad, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acciones del cliente cuando está lastimado o asustado (llora, grita, se esconde, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El cliente tiene acceso a un vehículo:  Sí  No Si es así, número de matrícula del vehículo: \_\_\_\_\_

---

**INDIVIDUOS QUE EL CLINTE PUEDE CONTACTAR SI SE PIERDE/DEAMBULA/ESCAPA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

**CUIDADOR(ES)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

---

**CLIENTES EN ASILO DE ANCIANOS / ATENCIÓN GESTIONADA / DE LARGO PLAZO**

Nombre de centro / organización: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**PODER**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN/EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Por favor, lea esta sección cuidadosamente y firme antes de enviar la solicitud**

Yo, (nombre del tutor) \_\_\_\_\_, reconozco que la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que la aceptación en el Programa Proyecto Salvavidas del condado de Suffolk **no reemplaza la necesidad de atención supervisada permanente del**

(A) Yo, (nombre de tutor) \_\_\_\_\_ testifico que (nombre del cliente) \_\_\_\_\_ es supervisado(a) personalmente por mí y/u otro **adulto responsable las 24 horas, los 7 días de la**

(B) Yo, (nombre de tutor) \_\_\_\_\_ testifico que (nombre del cliente) \_\_\_\_\_ **no permanece sin supervisión en ningún momento.**

**Si ambas declaraciones (A) y (B) anteriores NO SON VERDADERAS, el cliente potencial es inelegible para suscribirse en el Programa Proyecto Salvavidas. Si alguna parte de la respuestas de los cuidadores son imprecisas, el cliente ya no será elegible para participar en el Programa Proyecto Salvavidas.**

Entiendo que, si bien el Proyecto Salvavidas utiliza un dispositivo de localización que ayuda a encontrar a los individuos que llevan el transmisor, es posible que, en ocasiones, no se pueda ubicar a un individuo debido a un mal funcionamiento del dispositivo u otras circunstancias imprevistas. Acepto asumir cualquier/toda responsabilidad asociada con la participación en el Programa Proyecto Salvavidas de la Oficina del Alguacil del condado de Suffolk.

Entiendo que la información que he proporcionado en esta solicitud se compartirá con la Oficina del Alguacil del condado de Suffolk y con otras agencias/organizaciones de búsqueda y rescate. Entiendo que ninguna información que he proporcionado, o proporcionaré en el futuro, se considerará confidencial o protegida.

También entiendo que el Proyecto Salvavidas es un programa patrocinado por la Oficina del Alguacil del condado de Suffolk y trabaja en colaboración con otras agencias de la zona. Si el cliente es aceptado en el Programa Proyecto Salvavidas, él/ella acepta eximir de responsabilidad al condado de Suffolk, al Aguacil del condado de Suffolk y cada agencia y su respectivo personal de todas y cada reclamación de responsabilidad y/o daños, y renuncio a todo derecho de presentar recursos por cualquier pérdida o daño que pueda ocurrir como resultado de su participación en el Programa Proyecto Salvavidas de la Oficina del Alguacil del condado de Suffolk.

He leído la "Hoja de Datos" del Proyecto Salvavidas y acepto sus términos y condiciones. Represento al cliente y declaro que tengo **amplias facultades y atribuciones como el representante debidamente autorizado del solicitante** para registrarme y actuar en su nombre.

Nombre del cuidador en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del cuidador: \_\_\_\_\_