

Фамилия _____

Имя _____

Прозвище _____

Адрес _____
(номер абонентского ящика не принимается)

Город _____ Штат Нью-Йорк

№ квартиры _____ Почт.Инд. _____

Телефон _____

Дата рожд. _____

Муж. Жен. Из Муж. в Жен. Из Жен. в Муж

Посл. 4 цифры номера соц. обеспечения _____

Рост _____ Вес _____

Цвет глаз _____ Цвет волос _____

Раса/Этн.принадлежность _____

Языки _____

Цвет кожи: Темный Смуглый Бледный

Родинка Татуировка Шрам Родимое пятно

Главный Терапевт _____

Телефон Глав. Терапевта _____

АЛЛЕРГИЯ НА ЛЕКАРСТВА

Перечислите все лекарственные препараты вызывающие аллергическую реакцию

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ВЫЗЫВАЮЩИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ

Перечислите все лекарственные препараты, дозировку, включая ингаляторы

Лекарства	Дозировка

ЗАБОЛЕВАНИЯ

Только лица с заболеванием Альцгеймера или деменцией имеют право на регистрацию в Medic Alert, NYC

- Болезнь Альцгеймера
 Деменция (тип) _____

ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

(*Пожалуйста, предоставьте серийный номер и номер производителя, или приложите копию имплантной карточки)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ангина | <input type="checkbox"/> Болезнь фон Виллебранда |
| <input type="checkbox"/> Артрит | <input type="checkbox"/> Диабет |
| <input type="checkbox"/> Астма | <input type="checkbox"/> Эмфизема |
| <input type="checkbox"/> Фибрилляция предсердий | <input type="checkbox"/> Эпилепсия |
| <input type="checkbox"/> Заболевание коронарной артерии | <input type="checkbox"/> Глаукома |
| <input type="checkbox"/> Хронические обструктивные заболевания легких | <input type="checkbox"/> Гипертония |
| <input type="checkbox"/> Сердечная недостаточность | <input type="checkbox"/> Инфаркт Миокарда |
| <input type="checkbox"/> Трансплантированные органы | <input type="checkbox"/> Ухудшение слуха |
| <input type="checkbox"/> Другие _____ | <input type="checkbox"/> Припадки |
| | <input type="checkbox"/> Инсульт |
| | <input type="checkbox"/> Импланты* _____ |

ГЛАВНОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО

Фамилия _____

Имя _____

Адрес: _____
(номер абонентского ящика не принимается)

Город _____ Штат _____

№ квартиры _____ Почт.Инд. _____

Тел: Дом. _____

Тел: Сот. _____

Тел: Раб. _____

Элект. Почта _____

Кем вы приходитеесь регистрируемому лицу? _____

ВТОРОЕ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО

Фамилия _____

Имя _____

Адрес: _____
(номер абонентского ящика не принимается)

Город _____ Штат _____

№ квартиры _____ Почт.Инд. _____

Тел: Дом. _____

Тел: Сот. _____

Тел: Раб. _____

Элект. Почта _____

Кем вы приходитеесь регистрируемому лицу? _____

РЕГИСТРАЦИЯ ПОПЕЧИТЕЛЯ (ПО ВЫБОРУ) \$35

Фамилия _____

Имя _____

Прозвище _____

Адрес: _____
(номер абонентского ящика не принимается)

Город _____ Штат Нью-Йорк

№ квартиры _____ Почт.Инд. _____

Дата рожд. _____

Тел: Дом. _____

Тел: Сот. _____

Тел: Раб. _____

Муж. Жен. Из Муж. в Жен. Из Жен. в Муж

Посл. 4 цифры номера соц. обеспечения _____

Языки _____

АЛЛЕРГИЯ НА ЛЕКАРСТВА

Перечислите все лекарственные препараты вызывающие аллергическую реакцию

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ВЫЗЫВАЮЩИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ

Перечислите все лекарственные препараты, дозировку, включая ингаляторы

Лекарства	Дозировка

ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

(*Пожалуйста, предоставьте серийный номер и номер производителя, или приложите копию имплантной карточки)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ангина | <input type="checkbox"/> Болезнь фон Виллебранда |
| <input type="checkbox"/> Артрит | <input type="checkbox"/> Диабет |
| <input type="checkbox"/> Астма | <input type="checkbox"/> Эмфизема |
| <input type="checkbox"/> Фибрилляция предсердий | <input type="checkbox"/> Эпилепсия |
| <input type="checkbox"/> Заболевание коронарной артерии | <input type="checkbox"/> Глаукома |
| <input type="checkbox"/> Хронические обструктивные заболевания легких | <input type="checkbox"/> Гипертония |
| <input type="checkbox"/> Сердечная недостаточность | <input type="checkbox"/> Инфаркт Миокарда |
| <input type="checkbox"/> Трансплантированные органы | <input type="checkbox"/> Ухудшение слуха |
| <input type="checkbox"/> Другие _____ | <input type="checkbox"/> Припадки |
| | <input type="checkbox"/> Инсульт |
| | <input type="checkbox"/> Импланты* _____ |

КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ СВЯЗИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ СЛУЧАЯХ

Фамилия _____

Имя _____

Тел: Дом. _____

Тел: Сот. _____

Тел: Раб. _____

Кем вы приходитеесь регистрируемому лицу? _____

MEDICALERT® ВЫБОР ИЗДЕЛИЯ



A091 - Большой браслет - классический красный цвет

A126 - Маленький браслет - классический красный цвет

A721 - Кулон - классический красный цвет

ОБРАТНАЯ СТОРОНА ИЗДЕЛИЯ MEDICALERT



ЧЛЕН ПРОГРАММЫ

ПОПЕЧИТЕЛЬ

Другие MedicAlert изделия доступны за дополнительную плату. Полный список выбора вы можете найти на сайте: www.medicalert.org/medicalerts

ИЗМЕРЕНИЕ ОБХВАТА ЗАПЯСТЬЯ ДЛЯ БРАСЛЕТА

Для измерения обхвата запястья используйте измерительную ленту или оберните шнурок вокруг запястья и измерьте длину шнура (пожалуйста добавьте 1/2 дюйма для комфорта)

ВЫБОР ЮВЕЛИРНОГО ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ РЕГИСТРИРУЕМОГО ЛИЦА

- Большой красный браслет из нержавеющей стали (1 5/8")
- Маленький красный браслет из нержавеющей стали (1 3/8")
- Красный кулон из нержавеющей стали (1 1/4") с цепочкой (26")

Обхват запястья (для браслета) _____ инчей
(Пожалуйста, плотно измерьте обхват запястья и добавьте 1/2" инча.)

ВЫБОР ЮВЕЛИРНОГО ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ ПОПЕЧИТЕЛЯ (В СЛУЧАЕ ПРИОБРЕТЕНИЯ ЧЛЕНСТВА ДЛЯ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

- Большой красный браслет из нержавеющей стали (1 5/8")
- Маленький красный браслет из нержавеющей стали (1 3/8")
- Красный кулон из нержавеющей стали (1 1/4") с цепочкой (26")

Обхват запястья (для браслета) _____ инчей
(Пожалуйста, плотно измерьте обхват запястья и добавьте 1/2" инча.)

НЕДАВНЯЯ ФОТОГРАФИЯ РЕГИСТРИРУЕМОГО ЛИЦА ПРИЛОЖЕНА?

- Да Нет

(Отправьте фотографию паспортного или большего размера. Фотография не подлежит возврату. Пожалуйста напишите имя регистрируемого на обратной стороне фотографии.)

ГРАВИРОВКА ЭМБЛЕМ: В экстренной ситуации ответственный персонал должен быть осведомлен о критической медицинской информации вашего близкого для правильного оказания помощи. Гравировка на MedicAlert ювелирном изделии будет содержать членский идентификационный номер и номер телефона нашей круглосуточной экстренной службы для оказания немедленной помощи вашему близкому.

ПРИМИТЕ К СВЕДЕНИЮ: После нанесения гравировки и отправки ювелирного изделия все изменения по вашей просьбе будут произведены за дополнительную плату. Ювелирное изделие с нанесенной гравировкой является изделием для индивидуального пользования и не может быть проданно, переданно другому лицу, измененно, или возвращено. Для обеспечения всестороннего, качественного обслуживания, медицинское состояние регистрируемого лица, которое наши профессиональные работники считают подлежащим экстренному лечению также будет выгравировано на браслете.

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС: Wanderer's Safety Program
CaringKind
360 Lexington Avenue, 4th Floor
New York, New York 10017
1-646-744-2900 | www.caringkindnyc.org

СТОИМОСТЬ

Регистрационный взнос	\$55
Дополнительное (по желанию) членство попечителя (\$35)	_____
Упаковка и доставка	\$7
Итого	_____

При наступлении очередного срока платежа ежегодная оплата в сумме \$35 будет снята от вашей кредитной карточки с целью обеспечения бесперебойного сервиса и обновления членство.

Пожалуйста укажите здесь если вы даете разрешение на снятие \$35 для обновления членство.

ОПЛАТА

Чек (подлежащий оплате MedicAlert Foundation)



Номер кредитной карточки

<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Дата истечения срока действия (ММ/ГГ)

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

Код Безопасности _____
(трех или четырехзначное число расположенное на обратной стороне карточки)

Имя владельца карточки _____

Адрес владельца карточки _____

Подпись владельца карточки _____

СОГЛАШЕНИЕ

Важно: Принимая членство в Фонде MedicAlert Foundation, непосредственно в качестве члена или попечителя, выступающего от имени члена программы (далее коллективно, "Вы"), Вы даете разрешение MedicAlert на разглашение всей медицинской и другой конфиденциальной информации о вас в экстренном случае другому медицинскому персоналу по - вашему назначению. Если вы решите прекратить членство, вы должны уведомить нас в письменном виде. MedicAlert полагается на точность информации предоставленной вами. Вы, следовательно, соглашаетесь защищать и ограждать MedicAlert (включая его работников, служащих, директоров, агентов, и организации, с которыми MedicAlert поддерживает маркетинговый союз для предоставления услуг в соответствии с настоящим соглашением) от любых требований или судебных исков, инициированных членами программы или другими по случаю причинения вреда, смерти, потери или убытков, возникших полностью или частично вследствие предоставления вами неполной или неточной информации Фонду MedicAlert. Более того, выступая в качестве попечителя члена программы указанного выше, Вы тем самым представляете и гарантируете MedicAlert, что Вы обладаете всеми полномочиями и как полномочный представитель имеете право регистрировать и действовать от его (ее) имени.

Подпись _____

Дата (ДД/ММ/ГГ) _____