

Inscripción del Afiliado



Apellido _____

Nombre _____

Apodo _____

Dirección (no buzón de correo) _____

Ciudad _____ Estado **NY**

Apt.# _____ Código Postal _____

Fecha de nacimiento _____

Teléfono _____

Hombre Mujer Hombre a Mujer Mujer a Hombre

Últimos 4 dígitos de su seguro social _____

Estatura _____ Peso _____

Color de ojos _____ Color de Pelo _____

Raza/etnicidad _____

Idioma _____

Tez Morena Mediana Blanca

Lunar Tatuaje Cicatriz Marca de Nacimiento

Médico General _____

Teléfono _____

ALERGIAS A MEDICINAS

Proporcione todas las alergias médicas.

MEDICAMENTOS

Proporcione todos los medicamentos y dosis, incluyendo inhaladores.

Medicamentos	Dosis Recetada

CONDICIONES MÉDICAS

Solamente las personas que sufren del Alzheimer o de otro tipo de demencia son elegibles para el MedicAlert, NYC

- La enfermedad de Alzheimer
 Otro tipo de Demencia _____

OTRAS CONDICIONES MÉDICAS

(*Proporcione el fabricante, número de serie, o incluya una copia de su tarjeta de implante con este formulario)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonía Obstructiva Crónica (COPD, siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria Coronaria | <input type="checkbox"/> Trasplante de Órgano |
| <input type="checkbox"/> Sordo - discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Implante* _____ | <input type="checkbox"/> Embolia/Ataque Cerebral |
| _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Von Willebrand |
| _____ | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

INFORMACION DEL CONTACTO PRIMARIO

Apellido _____

Nombre _____

Dirección (no buzón de correo) _____

Ciudad _____ Estado _____

Apt.# _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____

Teléfono de celular _____

Teléfono de trabajo _____

Correo electrónico _____

Relación _____

INFORMACION DEL CONTACTO SECUNDARIO

Apellido _____

Nombre _____

Dirección (no buzón de correo) _____

Ciudad _____ Estado _____

Apt.# _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____

Teléfono de celular _____

Teléfono de trabajo _____

Correo electrónico _____

Relación _____

INSCRIPCIÓN OPCIONAL DE \$35 PARA EL CUIDADOR

Apellido _____

Nombre _____

Dirección (no buzón de correo) _____

Ciudad _____ Estado _____

Apt.# _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____

Teléfono de casa _____

Teléfono de celular _____

Teléfono de trabajo _____

Hombre Mujer Hombre a Mujer Mujer a Hombre

Últimos 4 dígitos de su seguro social _____

Idioma _____

ALERGIAS A MEDICINAS

Proporcione todas las alergias médicas.

MEDICAMENTOS

Proporcione todos los medicamentos y dosis, incluyendo inhaladores.

Medicamentos	Dosis Recetada

CONDICIONES MÉDICAS

Marque la casilla al lado de cada de sus condiciones médicas y añada cualquier otra. Aunque las siguientes condiciones son muy importantes, cualquier otra condición que requiera cuidado médico o atención especial continua también se debe señalar. (*Proporcione el fabricante, número de serie, o incluya una copia de su tarjeta de implante con este formulario)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonía Obstructiva Crónica (COPD, siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Arteria Coronaria | <input type="checkbox"/> Trasplante de Órgano |
| <input type="checkbox"/> Sordo - discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Implante* _____ | <input type="checkbox"/> Embolia/Ataque Cerebral |
| _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad Von Willebrand |
| _____ | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido _____

Nombre _____

Teléfono de casa _____

Teléfono de celular _____

Teléfono de trabajo _____

Relación _____

