

En Caso de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

En casos de emergencia, cuestiones médicas ó de cualquier otro tipo, Monument Crisis Center necesita que usted proporcione dos contactos personales. En caso de emergencia, Monument Crisis Center seguirá los procedimientos de emergencia llamando al 911. Al proveer contactos personales en caso de emergencia, nosotros (MCC) podremos comunicarnos con ellos si usted no pueda hablar o tomar sus propias decisiones en una situación de emergencia.

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

Si usted **no** desea proveer ningún contacto personal en caso de emergencia y está de acuerdo con los procedimientos de emergencia que se llevarán a cabo en MCC como ya explicamos, por favor marque la caja.

 No deseo proveer nombres de contactos personales en caso de emergencia.

Por favor, escriba los nombres de todos los miembros en su hogar que tienen seguro médico, acompañado por el proveedor de seguro y su número de medical (Si los sabe):

- |          |       |           |       |
|----------|-------|-----------|-------|
| 1. _____ | _____ | 6. _____  | _____ |
| 2. _____ | _____ | 7. _____  | _____ |
| 3. _____ | _____ | 8. _____  | _____ |
| 4. _____ | _____ | 9. _____  | _____ |
| 5. _____ | _____ | 10. _____ | _____ |

Ninguna persona en ese hogar tiene seguro médico.

¿Tiene alguna persona en su hogar una condición médica de la cual usted le gustaría que los trabajadores de MCC sepan? Si su respuesta es sí, por favor explique.

---

---

---

¿Tiene alguna persona en su hogar alergias que son relevantes mientras se encuentra en el Centro? Si su respuesta es sí, por favor explique.

---

---

---

¿Toma alguna persona en su hogar algún tipo de medicamento de la cual necesitamos saber?

---

---

---

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_