



## Departamento de Policía de Prescott

### ALERTA DE ALZHEIMER

El Alzheimer y enfermedades relacionadas

1. Este formulario de advertencia está diseñado para transmitir información pertinente al Centro Regional de Comunicaciones de Prescott (PRCC, por sus siglas en inglés) con respecto a residentes dentro de la jurisdicción de la ciudad de Prescott. Toda la información recibida se ingresará por vía electrónica en el sistema de Despachos Asistidos por Computadora (CAD, por sus siglas en inglés), vinculándola a la dirección proporcionada.
2. La información recibida estará disponible para los socorristas enviados a la dirección que se muestra más abajo en la **Parte I**. La información puede ser útil para los socorristas en su respuesta inicial y contacto en la ubicación especificada.
3. La información brindada permanecerá adjunta a la dirección proporcionada hasta que el cuidador principal de la **Parte II** solicite que se retire o la situación actual ya no reúna las condiciones.
4. Toda la información enviada se utilizará únicamente para los fines de respuesta de emergencia, con el objetivo de brindar los mejores servicios posibles a los residentes de nuestra comunidad.
5. Por favor complete desde la **Parte I hasta la Parte III** y envíelas a:

Prescott Regional

Communications Center

Alzheimer's Alert

216 S. Cortez St.

Prescott, AZ 86303

**PART I: Información personal de la persona que vive con la enfermedad de Alzheimer**

**PART II: Persona que reporta**

**PART III: Médico de atención primaria**

**CONFIDENCIAL**  
**SOLO PARA USO OFICIAL**

**PARTE I**

Nº DE IDENTIFICACIÓN DEL BRAZALETE \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN PERSONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER			
APELLIDO:	NOMBRE:		
DIRECCIÓN FÍSICA:			
TIPO DE RESIDENCIA:	<input type="checkbox"/> APT.	<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> ASILO <input type="checkbox"/> OTRO:
LA PERSONA VIVE:	<input type="checkbox"/> SOLA	<input type="checkbox"/> CON OTROS:	NOMBRE:
ESTATURA:	PESO:	SEXO:	MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
COLOR DE CABELLO:	COLOR DE OJOS:	FECHA DE NACIMIENTO:	
RASGOS DISTINTIVOS:			
PREOCUPACIONES MÉDICAS:			
OBSERVACIONES (INCLUYE INFORMACIÓN SOBRE PROBLEMAS PRESENTES, MOTIVO DE LA LLAMADA, AGITACIÓN O DESENCADENANTES SIGNIFICATIVOS Y TIPOS, TEMORES, PREOCUPACIONES DE SEGURIDAD, PENSAMIENTOS SUICIDAS, PREOCUPACIONES DE ABUSO, ETC.).			
HISTORIAL DE DEAMBULACIÓN: INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE RESPUESTA DE EMERGENCIA, POSIBLES DESTINOS, ETC.			
LUGAR(ES) DONDE FUE UBICADO PREVIAMENTE:			

\*\* CONFIDENCIAL \*\*

**\*\* CONFIDENCIAL \*\***  
**SOLO PARA USO OFICIAL**

**PARTE II**

<b>INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL</b>	
APELLIDO:	NOMBRE:
RELACIÓN CON LA PERSONA CON DEMENCIA:	
DIRECCIÓN FÍSICA:	
Nº DE TELÉFONO PARTICULAR:	Nº DE TELÉFONO CELULAR:
<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO SECUNDARIO</b>	
APELLIDO:	NOMBRE:
RELACIÓN CON LA PERSONA CON DEMENCIA:	
DIRECCIÓN FÍSICA:	
Nº DE TELÉFONO PARTICULAR:	Nº DE TELÉFONO CELULAR:

**PARTE III**

<b>MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (DE LA PERSONA QUE VIVE CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER)</b>	
APELLIDO:	NOMBRE:
Nº DE TELÉFONO:	

Si tiene preguntas acerca de este programa, por favor comuníquese con:

Prescott Police Department  
Support Services Section  
222 S. Marina St.  
Prescott, AZ 86303  
(928) 777-1900

**\*\* CONFIDENCIAL \*\***  
**SOLO PAR USO OFICIAL**

<b>PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO:</b>
NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____
RELACIÓN: _____
FIRMA: _____
FECHA: _____

*LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE PAQUETE ES PARA QUE LAS PERSONAS QUE BRINDAN SERVICIOS DE RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS PUEDAN AGILIZAR LA SEGURIDAD Y CUIDADO DE LA PERSONA QUE VIVE CON ALZHEIMER. LOS BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN TIENE EL ÚNICO PROPÓSITO DE AYUDAR A LAS PERSONAS QUE BRINDAN SERVICIOS DE RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS A IDENTIFICAR LA INFORMACIÓN DEL ENFERMO Y DEL CUIDADOR ANTE UN CASO DE EMERGENCIA.*

**\*\* CONFIDENCIAL \*\***  
**SOLO PARA USO OFICIAL**