



SEGURIDAD PÚBLICA DE ELSA

CAREES PROGRAMA

Conectando • Asistiendo • Respetando
Participando • Apoyando

El programa CAREES de Seguridad Pública de Elsa ofrece evaluaciones de bienestar, educación sobre seguridad y apoyo comunitario a residentes de edad avanzada, discapacitados y en riesgo.

La participación es voluntaria y gratuita.

1. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Apto./Unidad: _____
Ciudad: Elsa, TX Código postal: _____ Teléfono de la casa: _____
Teléfono celular: _____ Correo electrónico (opcional): _____

2. INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono (principal): _____ Teléfono (alterno): _____
Dirección (si es diferente): _____

3. INFORMACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD (Opcional)

Condiciones médicas: _____
Medicamentos: _____
Limitaciones de movilidad:
 Ninguna Bastón Andador Silla de ruedas Otra: _____
¿Tiene mascotas? Sí No Si es así, tipo/raza: _____

4. CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Al firmar a continuación, acepto voluntariamente participar en el programa CAREES de Seguridad Pública de Elsa. Entiendo que este programa brinda servicios de bienestar y tranquilidad, y no sustituye los servicios de emergencia. En caso de emergencia, llamaré al 911.

Firma: _____ Fecha: _____

5. PREFERENCIAS DEL PROGRAMA (Marque todas las que apliquen)

Llamada telefónica Mensaje de texto
 Visita en persona
 Visita en el hogar (Limitada a una vez por semana)

Frecuencia preferida:
 Diaria 2-3 veces por semana
 Semanal Otra: _____

Mejor momento para contactarle:
 Mañana Tarde Noche

¿Tiene instrucciones o solicitudes especiales?

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Fecha de recibido: _____

Ingresado por: _____

ID del participante: _____

Nivel de riesgo:
 Bajo Moderado Alto

Notas:

