

# SPOTSYLVANIA SHERIFF'S OFFICE



## PROJECT LIFESAVER



### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Dirección del cliente: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal \_\_\_\_\_

(Nombre de la instalación/escuela si corresponde- si es aplicable) \_\_\_\_\_

Los telefonos: \_\_\_\_\_  
Celular Casa or Alt. Teléfono

RAZA:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ALTURA:	PESO:
COLOR DE CABELLO:	COLOR DE OJOS:	FDN:	EDAD:
MARCAS ESCOLARIZANTES (CICATRICES/TATUAJES):			

### CUIDADOR #1

NOMBRE: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_

(CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)

### CUIDADOR #2

NOMBRE: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_

(CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)

### CONDICIONES MÉDICAS

¿Alguna condición médica conocida?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Medicamentos tomados diariamente?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique los medicamentos y las dosis:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_