

LA CRUZ ROJA AMERICANA

Primer Nombre _____

Apellido _____

Dirección: Apt# _____ Piso# _____

Celular # (____) _____

Nombre de la Calle _____

Alt. Número (____) _____

Cuidad/Estado/Código _____

Correo Electrónico _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Será el punto principal de contacto de la Cruz Roja? Sí/No

¿Sí no, quien es? _____

¿Tiené una identificación con Usted? Sí/No

¿Cuáles son? _____

¿Tiené seguro de propietario o seguro de inquilino? Sí/No

¿Tiené un lugar para quedarse esta noche? Sí/No ¿En las próximas noches? Sí/No

¿Tiené alguna necesidad médica debido al desastre, incluyendo la falta de medicamentos, equipos médicos, anteojos, dentadura postiza, audífonos, etc? Sí/No

¿Tiené algunas mascotas? Sí/No ¿Cuántos? _____

¿Están desaparecido? Sí/No

¿Esta con una dieta especial o es Usted alérgica/o a algún tipo de comida: por ejemplo sin trigo, vegetariana/o, etc?
Sí/No ¿Cuáles son? _____

Otros miembros de la familia que viven en la misma dirección:

Primer Nombre	Apellido	Género	Relación al Cliente primario	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)

(Escribe en la parte de atrás si hay más miembros de la familia.)

Apuntes para La Cruz Roja:
