

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, audifonos, etc? **Sí/No**

¿Tiené algunas mascotas? **Sí/No** ¿Cuántos? _____ ¿Están desaparecido? **Sí/No**

¿Esta con una dieta especial o es Usted alérgica/o 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	Genero	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:
