



R.E.V.A.M.P. Duval
Registro de Personas en Peligro, Vulnerables y Desaparecidas



Instrucciones: complete este formulario y envíelo por correo electrónico o por correo al condado de Duval para registrar a una persona para R.E.V.A.M.P. Duval. Este formulario no es necesario si ya se ha registrado en línea. Los campos obligatorios se indican con un asterisco (*).

Correo: R.E.V.A.M.P. Duval
 515 North Julia St.
 Jacksonville, FL 32202

Correo electrónico: REVAMP@coj.net

INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE EL REGISTRANTE									
*Primero Nombre				Medio Nombre			*Apellido		
Sufijo		*Fecha de nacimiento			*Género (seleccione solo uno)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binaria			
*Raza(s)	<input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana / isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiática / isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> India americana / nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Múltiple Raza <input type="checkbox"/> Otro					*Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispanic o Latino <input type="checkbox"/> Not Hispanic o Latino		
Si hay varias carreras u otras, explique aquí:									
*Altura	Pies:	Pulgadas:	*Peso	Libras	*Color de pelo			*Color de los ojos	
Apodos/ Nombres de soltera					Cicatrices/Marcas/ Tatuajes				
¿El registrante usa anteojos?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿El registrante usa audifonos?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿El registrante actualmente (seleccione todas las que correspondan):				<input type="checkbox"/> Asistir a la escuela <input type="checkbox"/> Trabajar <input type="checkbox"/> Conducir					
Si es así, proporcione el nombre de la escuela o lugar de trabajo aquí:									
Modos de transporte		<input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Transporte de la ciudad <input type="checkbox"/> Carro familiar <input type="checkbox"/> Auto particular <input type="checkbox"/> Motocicleta (scooter, ciclomotor, motocicleta, etc.) <input type="checkbox"/> Vehículo recreativo (ETV, etc.) <input type="checkbox"/> Otro _____							
Método preferido de Comunicación		<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> No Verbal – Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> No Verbal – Palabras escritas <input type="checkbox"/> No Verbal – Fotos <input type="checkbox"/> Otro _____			Idioma principal hablado				
Domicilio actual									



INFORMACIÓN DEL CUIDADOR O CONTACTO DE EMERGENCIA

Primero Nombre		Medio Nombre		Apellido	
Sufijo		Número de Teléfono		Tipo de telefono	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celúla
Correo Electrónico					

INFORMACIÓN MÉDICA DEL REGISTRANTE

Enumere aquí todas las condiciones médicas críticas o el historial del solicitante de registro:					
¿Toma el registrante algún medicamento(s)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Enumere aquí todos los medicamentos para el solicitante de registro:					
Seleccione todas las necesidades de movilidad que apliquen al registrante:	<input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual <input type="checkbox"/> Silla de ruedas/scooter motorizado <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Sin necesidades de movilidad				
¿Sospecha que el solicitante de registro tiene:	<input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Alzheimer's <input type="checkbox"/> Otro _____				
¿El solicitante de registro ha sido diagnosticado formalmente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha diagnosticada			



RASGOS DE COMPORTAMIENTO DEL REGISTRANTE

Seleccione todos los rasgos de comportamiento que se aplican al registrante.	<input type="checkbox"/> Deterioro Cognitivo <input type="checkbox"/> Deterioro de la memoria <input type="checkbox"/> Discapacidad visual (parcial o total) <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva (parcial o total) <input type="checkbox"/> No verbal <input type="checkbox"/> Sin sentido del peligro <input type="checkbox"/> Propenso a convulsiones <input type="checkbox"/> Discapacidad sensorial <input type="checkbox"/> Dificultad para realizar tareas familiares <input type="checkbox"/> Impedimentos del Habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Deterioro de las habilidades motoras <input type="checkbox"/> Exhibe comportamiento violento <input type="checkbox"/> Exhibe cambios dramáticos de personalidad <input type="checkbox"/> Condiciones médicas <input type="checkbox"/> Condiciones dietéticas <input type="checkbox"/> Fácilmente molesta <input type="checkbox"/> Otro _____		
Atracciones y lugares favoritos del registrante:			
Seleccione todos los "me gusta" o fascinaciones específicas que puedan atraer al registrante que puedan ayudar en el esfuerzo de búsqueda:	<input type="checkbox"/> Cuerpos de agua como arroyos, piscinas o lagos <input type="checkbox"/> Vehículos como trenes, equipos de construcción, camiones de bomberos o carreteras activas/vehículos de carretera <input type="checkbox"/> Tipos de sonido o música <input type="checkbox"/> Personajes o juguetes favoritos <input type="checkbox"/> Ubicaciones especiales <input type="checkbox"/> Otro _____		
¿Tiene el solicitante de registro alguna aversión, temores o impedimentos sensoriales que puedan obstaculizar el esfuerzo de búsqueda? (por ejemplo, perros, sirenas, luces, gritos, aviones, uniformes, ruidos fuertes, etc.)		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si es así, explique:			
¿Se ha extraviado el registrante en el pasado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿cuáles fueron las ubicaciones de recuperación?	

INFORMACIÓN DEL KIT DE CONSERVACIÓN DE AROMA

¿Es necesario que el solicitante de registro reciba un kit de conservación de aromas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es el mejor momento del día para contactar con usted?	



FOTO DEL REGISTRANTE

Al enviar un formulario de registro de R.E.V.A.M.P Duval, cargue una foto digital del solicitante de registro.

Al cargar una foto del solicitante de registro, asegúrese de que la foto esté recortada y dimensionada. La imagen cargada debe tener grandes dimensiones y un amplio espacio alrededor de la cabeza y el torso del registrante para permitir un recorte adicional si es necesario después de que se haya enviado el formulario.

Fundamentos de la fotografía

Envíe una foto a color del registrante que haya sido tomada en los últimos 6 meses.
 Asegúrese de que la foto incluya una imagen clara del rostro del solicitante de registro.
 No utilice filtros de uso común en las redes sociales o actividades ilegales o ropa inapropiada.
 La foto del registrante no debe ser una selfie.

Formulario de Autorización para Divulgación información del Registrante

Yo (firmante) autorizo la divulgación de la información antes mencionada a la División de Preparación para Emergencias de la Ciudad de Jacksonville (COJ) y a los miembros de la misma para que la usen en caso de una emergencia para ayudar a localizar a la persona mencionada en caso de que deambule, se pierda, o faltante Entiendo que el uso de dicha información será solo para fines profesionales y puede distribuirse a otros empleados/agentes de la Ciudad que pueden ser utilizados en una operación de búsqueda/rescate de emergencia. También entiendo que cierta información descriptiva puede ser divulgada a la prensa si el personal policial lo considera apropiado para ayudar a localizar a dicha persona de manera segura. Acepto eximir de responsabilidad a todos los empleados de la ciudad de Jacksonville y sus agentes que utilicen la información divulgada antes mencionada en el curso de sus funciones profesionales.

AUTORIZACIÓN REQUERIDA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL REGISTRANTE

Al marcar la casilla **SÍ** a continuación, verifico que soy el remitente de esta información de registro. Confirmando que he leído el Formulario de Autorización para Divulgación de Información del Registrante requerido.

Soy el remitente, y esto verifica el consentimiento de la información proporcionada.

Si No

Nombre del remitente		Relación con el Registrante	
Número de teléfono del remitente			
Correo electrónico del remitente			
Fecha Enviado			
Firma del remitente			