



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 (*).

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

Correo electrónico: REVAMP@coj.net

INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE EL REGISTRANTE										
*Nombre Primero				Medio Nombre				*Último Nombre		
Sufijo			*Fecha de nacimiento			*Género (seleccione solo uno)	☐ Masculino ☐ Femenina ☐ Transgénero ☐ No binaria			
*Raza(s)	☐ Caucásica ☐ Afroamericano ☐ Nativa hawaiana / isleña del Pacífico ☐ Asiática / isleña del Pacífico ☐ Asiática ☐ India americana / nativa de Alaska ☐ Múltiple Raza ☐ Otro						*Etnicidad	☐ Hispanic o Latino ☐ Not Hispanic o Latino		
*Altura	Pies:	Pulgadas:	*Peso	libras		*Color de pelo			*Color de los ojos	
Apodos/ Nombres de soltera						Cicatrices/Marcas/ Tatuajes				
¿El registrante usa anteojos?			☐ Si ☐ No			¿El registrante usa audífonos?			☐ Si ☐ No	

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN DEL REGISTRANTE				
Método preferido de siendo comunicado a	☐ Verbal ☐ No Verbal – Lenguaje de señas ☐ No Verbal – Palabras escritas ☐ No Verbal – Fotos ☐ Otros			
Si es Otro, por favor descríballo aquí:			Idioma principal hablado	
Método preferido para responder con	☐ Verbal ☐ No Verbal – Lenguaje de señas ☐ No Verbal – Palabras escritas ☐ No Verbal – Fotos ☐ Otros			
Si es Otro, por favor descríballo aquí:			Idioma principal entendido	

Esta información es para los respondedores cuando el solicitante de registro no ha sido diagnosticado formalmente pero presenta síntomas y comportamientos que pueden ayudar a identificarlos durante una llamada de persona desaparecida o si los solicitantes de registro buscan ayuda si se pierden.

¿El registrante sabe su propio nombre y es capaz de comunicárselo a otros verbalmente?	☐ Si ☐ No ☐ No Aplica
--	--



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



¿El registrante sabe los nombres de sus padres y puede comunicárselo a otros verbalmente?	☐ Si ☐ No ☐ No Aplica
¿El solicitante de registro sabe su domicilio actual y puede comunicárselo a otros verbalmente?	☐ Si ☐ No ☐ No Aplica
¿El solicitante de registro sabe los números de teléfono de sus padres o cuidadores y puede comunicárselos a otros verbalmente?	☐ SI ☐ No ☐ No Aplica



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



INFORMACIÓN ADICIONAL DEL REGISTRANTE

Se considera cliente	☐ Bajo funcionamiento ☐ Funcionamiento moderado ☐ Alto funcionamiento	Edad Cognitiva Funcional	
El registrante vive	☐ Solo ☐ Con Familia ☐ Con Amigo ☐ En un entorno de grupo ☐ En un centro médico		
¿El registrante tiene identificación?		☐ Si ☐ No ☐ No Aplica	
¿El solicitante de registro actualmente asiste a la escuela?		☐ Si ☐ No ☐ No Aplica	
¿Si es así, donde?			
¿El registrante asistió a la escuela en el pasado?		☐ Si ☐ No ☐ No Aplica	
Si es así, proporcione los nombres de las escuelas, las ubicaciones y las fechas de asistencia:			
¿El registrante trabaja actualmente?		☐ Si ☐ No ☐ No Aplica	
¿Si es así, donde?			
¿Ha trabajado el registrante en el pasado?		☐ Si ☐ No ☐ No Aplica	
Si es así, indique las ubicaciones y fechas de trabajo:			
¿El registrante conduce actualmente?		☐ Si ☐ No ☐ No Aplica	
De no ser así, ¿tiene el registrante acceso a un vehículo?		☐ Si ☐ No ☐ No Aplica	
Si el registrante tiene acceso a un automóvil, proporcione cualquier información pertinente aquí: (Marca, modelo, año, color y número de matrícula)			
¿Hay algún historial de que el registrante haya tomado un vehículo que no le pertenece?		☐ Si ☐ No ☐ No Aplica	
Si es así, explique:			
Modos de transporte	☐ Bicicleta ☐ Transporte de la ciudad ☐ Carro familiar ☐ Auto particular ☐ Motocicleta (scooter, ciclomotor, motocicleta, etc.) ☐ Vehículo recreativo (ETV, etc.) ☐ Otro		



INFORMACIÓN DE LA FAMILIA DEL REGISTRO

¿El solicitante de registro tiene hermanos u otros miembros de la familia con necesidades especiales?

☐ Si ☐ No
☐ No Aplica

Si es así, proporcione su(s) nombre(s) aquí:

¿Los hermanos del registrante u otros miembros de la familia se han alejado antes?

☐ Si ☐ No
☐ No Aplica

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL REGISTRANTE

*Número de teléfono

Tipo de telefono

☐ Casa ☐ Celula

¿El registrante tiene la capacidad de enviar y recibir mensajes de texto en su teléfono?

☐ Si ☐ No

*Correo electrónico del registrante (o cuidador)

DOMICILIO ACTUAL

Número de calle

Nombre de la calle

Calle Tipo

☐ Ave ☐ Blvd ☐ Cir ☐ Ct ☐ Dr
☐ Exprwy ☐ Ln ☐ Loop ☐ Park
☐ Pkwy ☐ Pl ☐ Plz ☐ Pt ☐ Rd
☐ St ☐ Ter ☐ Trl ☐ Way ☐ Other

Dirección de la calle

☐ E ☐ N
☐ NE ☐ NW
☐ S ☐ SE
☐ SW ☐ W

Ciudad

Estado

Florida

Código postal

DIRECCIÓN DE CASA ANTERIOR #1

Número de calle

Nombre de la calle

Calle Tipo

☐ Ave ☐ Blvd ☐ Cir ☐ Ct ☐ Dr
☐ Exprwy ☐ Ln ☐ Loop ☐ Park
☐ Pkwy ☐ Pl ☐ Plz ☐ Pt ☐ Rd
☐ St ☐ Ter ☐ Trl ☐ Way ☐ Other

Dirección de la calle

☐ E ☐ N
☐ NE ☐ NW
☐ S ☐ SE
☐ SW ☐ W

Ciudad

Estado

Florida

Código postal

DIRECCIÓN DE CASA ANTERIOR #2

Número de calle

Nombre de la calle

Calle Tipo

☐ Ave ☐ Blvd ☐ Cir ☐ Ct ☐ Dr
☐ Exprwy ☐ Ln ☐ Loop ☐ Park
☐ Pkwy ☐ Pl ☐ Plz ☐ Pt ☐ Rd
☐ St ☐ Ter ☐ Trl ☐ Way ☐ Other

Dirección de la calle

☐ E ☐ N
☐ NE ☐ NW
☐ S ☐ SE
☐ SW ☐ W

Ciudad

Estado

Florida

Código postal



INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Sufijo		Número de Teléfono		Tipo de telefono	☐ Casa ☐ Celúla
Correo Electrónico					

DIRECCIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Número de calle		Nombre de la calle			
Calle Tipo	☐ Ave ☐ Blvd ☐ Cir ☐ Ct ☐ Dr ☐ Exprwy ☐ Ln ☐ Loop ☐ Park ☐ Pkwy ☐ Pl ☐ Plz ☐ Pt ☐ Rd ☐ St ☐ Ter ☐ Trl ☐ Way ☐ Other		Dirección de la calle	☐ E ☐ N ☐ NE ☐ NW ☐ S ☐ SE ☐ SW ☐ W	
Ciudad			Estado		Código postal

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CUIDADOR/AYUDANTE #1

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Sufijo		Número de Teléfono		Tipo de telefono	☐ Casa ☐ Celúla
Correo Electrónico					

DIRECCIÓN DEL CUIDADOR/AYUDANTE #1

Número de calle		Nombre de la calle			
Calle Tipo	☐ Ave ☐ Blvd ☐ Cir ☐ Ct ☐ Dr ☐ Exprwy ☐ Ln ☐ Loop ☐ Park ☐ Pkwy ☐ Pl ☐ Plz ☐ Pt ☐ Rd ☐ St ☐ Ter ☐ Trl ☐ Way ☐ Other		Dirección de la calle	☐ E ☐ N ☐ NE ☐ NW ☐ S ☐ SE ☐ SW ☐ W	
Ciudad			Estado		Código postal

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CUIDADOR/AYUDANTE #2

Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Sufijo		Número de Teléfono		Tipo de telefono	☐ Casa ☐ Celúla
Correo Electrónico					

DIRECCIÓN DEL CUIDADOR/AYUDANTE #2

Número de calle		Nombre de la calle			
Calle Tipo	☐ Ave ☐ Blvd ☐ Cir ☐ Ct ☐ Dr ☐ Exprwy ☐ Ln ☐ Loop ☐ Park ☐ Pkwy ☐ Pl ☐ Plz ☐ Pt ☐ Rd ☐ St ☐ Ter ☐ Trl ☐ Way ☐ Other		Dirección de la calle	☐ E ☐ N ☐ NE ☐ NW ☐ S ☐ SE ☐ SW ☐ W	
Ciudad			Estado		Código postal



INFORMACIÓN MÉDICA DEL REGISTRANTE

Enumere aquí todas las condiciones médicas críticas o el historial del solicitante de registro:

¿Toma el registrante algún medicamento(s)?

☐ Si ☐ No

Enumere aquí todos los medicamentos para el solicitante de registro:

¿El registrante tiene alguna alergia?

☐ Si ☐ No

Si es así, enumere aquí todas las alergias del solicitante de registro:

¿El solicitante de registro tiene alguna necesidad de movilidad?

☐ Si ☐ No

Seleccione todas las necesidades de movilidad del solicitante de registro.

- ☐ Andador
- ☐ Bastón
- ☐ Silla de ruedas Manual
- ☐ Silla de ruedas/scooter motorizado



RASGOS DE COMPORTAMIENTO DEL REGISTRANTE

Esta información ayudará a los servicios de emergencia cuando se acerquen o interactúen con el registrante durante

Llamadas de personas desaparecidas.

Seleccione todos los rasgos de comportamiento que se aplican al registrante.

- ☐ Deterioro Cognitivo
- ☐ Deterioro de la memoria
- ☐ Discapacidad visual (parcial o total)
- ☐ Discapacidad auditiva (parcial o total)
- ☐ No verbal
- ☐ Sin sentido del peligro
- ☐ Propenso a convulsiones
- ☐ Discapacidad sensorial
- ☐ Dificultad para realizar tareas familiares
- ☐ Impedimentos del Habla/Lenguaje
- ☐ Deterioro de las habilidades motoras
- ☐ Exhibe Comportamiento Violento
- ☐ Exhibe cambios dramáticos de personalidad
- ☐ Condiciones médicas
- ☐ Condiciones dietéticas
- ☐ Fácilmente molesta
- ☐ Otros

Si seleccionó alguno de los rasgos de comportamiento anteriores, descríbalos aquí:

Atracciones y lugares favoritos del registrante:

Objetos/fascinaciones favoritas del registrante:

(Juguetes, Música, Temas, Me gusta, etc.)



RASGOS DE COMPORTAMIENTO DEL REGISTRANTE

Aversiones y temores del registrante:

El registrante puede actuar negativamente si:

Reacción típica del registratario a los estímulos negativos:

¿Exhibe el registrante algún comportamiento violento?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así, describa cómo se ve este comportamiento, los desencadenantes y cómo responder al comportamiento:



RASGOS DE COMPORTAMIENTO DEL REGISTRANTE

Respuesta de estrés del registrante:

Métodos de autocalma del registratario:

El registratario puede actuar positivamente si:

Habilidades y capacidades únicas del registrante:



RASGOS DE COMPORTAMIENTO DEL REGISTRANTE

¿El registrante tiene pérdida de memoria u otras pérdidas cognitivas?
que afectan las habilidades laborales o la vida diaria?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así,
explique:

¿Tiene el solicitante de registro dificultad para realizar tareas familiares?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así,
explique:

¿Tiene el registrante problemas para reconocer a las personas que antes conocía?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así, ¿quién?

¿Tiene el registrante problemas con el habla o el lenguaje?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así,
explique:

¿El solicitante de registro tiene problemas con las habilidades motoras
(vestirse/comer)?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así,
explique:

¿La solicitante de registro a veces está desorientada a tiempo y lugar?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así, ¿con
qué frecuencia?

¿El registrante a veces retrocede a un tiempo/lugar anterior?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así, ¿cuándo
y dónde?



RASGOS DE COMPORTAMIENTO DEL REGISTRATARIO

¿El solicitante de registro muestra signos de juicio pobre o disminuido?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así,
explique:

¿Tiene el solicitante de registro problemas con el pensamiento abstracto?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así,
explique:

¿El registrante coloca artículos en lugares inapropiados?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así,
explique:

¿Exhibe el registrante cambios rápidos en el estado de ánimo o el comportamiento?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así,
explique:

¿Exhibe el registrante cambios dramáticos de personalidad?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así,
explique:

¿El solicitante de registro tiene problemas o cuestiones de forma constante, o varían de un día a otro o en diferentes momentos del día (sundowning)?

☐ Consecuentemente
☐ Varía de un día a otro
☐ Varía en diferentes momentos del día.
☐ No Aplica



RASGOS DE COMPORTAMIENTO DEL REGISTRANTE

¿El registrante toma una ruta específica a la escuela?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

En caso
afirmativo,
describa la ruta:

¿El registrante toma una ruta específica para ir al trabajo?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

En caso
afirmativo,
describa la ruta:

Otros detalles de
la rutina:



RASGOS DE COMPORTAMIENTO DEL REGISTRANTE

¿Se ha extraviado el registrante en el pasado?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

De ser así,
¿cuáles fueron las
ubicaciones de
recuperación?

¿Al registrante le gusta esconderse en espacios pequeños?

☐ Yes ☐ No ☐ No Aplica

Otro probable
escondites:

¿Es probable que el registrante se oculte de los buscadores?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Identifique
cualquier método
que los
buscadores
puedan usar para
calmar al
registrante aquí:

¿Es probable que el solicitante de registro responda a los extraños que lo llaman por su nombre?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así, por
favor descríballo
aquí:

¿Es probable que el solicitante de registro responda si los buscadores cantan su nombre, su canción favorita o dicen una frase específica?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así, por
favor descríballo
aquí:

¿Es probable que el solicitante de registro responda a una voz específica?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así, ¿quién?



RASGOS DE COMPORTAMIENTO DEL REGISTRANTE

Seleccione todos los "me gusta" o fascinaciones específicas que puedan atraer al registrante que puedan ayudar en el esfuerzo de búsqueda:

- ☐ Cuerpos de agua como arroyos, piscinas o lagos
- ☐ Vehículos como trenes, equipos de construcción, camiones de bomberos o carreteras activas/vehículos de carretera
- ☐ Tipos de sonido o música
- ☐ Personajes o juguetes favoritos
- ☐ Ubicaciones especiales
- ☐ Otro

Si seleccionó algún "Me gusta" o fascinación arriba, descríballo aquí:

¿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.)

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así, explique:

CUESTIONARIO DE DETERIORO DE LA MEMORIA

¿Sospecha que el registrante tiene un problema de memoria?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así, por favor explique aquí:

¿Se le ha diagnosticado formalmente al registrante un problema de memoria?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así, ¿quién diagnosticó al registrante?

Fecha diagnosticada

¿El solicitante de registro tiene un asistente de cuidado de la memoria o un cuidador?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Nombre del asistente de cuidado de la memoria/cuidador

Agencia de Cuidadores/Asistente de Cuidado de la Memoria

Número de teléfono del asistente de cuidado de la memoria/cuidador

Correo electrónico del asistente de cuidado de la memoria/cuidador

CUESTIONARIO DE AUTISMO

¿Sospecha que el registrante tiene autismo?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así, por favor explique aquí:

¿El registrante ha sido formalmente diagnosticado con autismo?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si es así, ¿quién diagnosticó al registrante?

Fecha diagnosticada

¿El registrante tiene ayudantes o cuidadores?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Si el solicitante de registro asiste a la escuela, ¿tiene un especialista en recursos?

☐ Si ☐ No ☐ No Aplica

Nombre del especialista en recursos

Número de teléfono del especialista en recursos

Correo electrónico del especialista en recursos

Si el solicitante de registro tiene un Programa de educación individualizado (IEP), envíe el archivo por correo electrónico a REVAMP@coj.net.



FOTO DEL REGISTRO

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.

***Adjunte una foto actual del registrante aquí (o envíe una foto actual por correo electrónico):**



Formulario de autorización para la divulgación de la 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 REGISTRADOR

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			