OFICINA DEL ALGUACIL DEL CONDADO DE SAN DIEGO

PROGRAMA "NO ESTÁS SOLO" (YANA)
FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

PARTICIPANTE DEL PROGRAMA YANA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

SOLICITADO POR: _____ TELÉFONO: _____

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO: _____

LLAMADA TELEFÓNICA ☐ Día: _____ Hora: _____ Frecuencia: _____

VISITA PERSONAL ☐ Día: _____ Hora: _____ Frecuencia: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA / RELACIÓN _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL VECINO MÁS CERCANO: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: _____

DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

¿CUÁL ES SU SITUACIÓN DE SALUD ACTUAL? _____

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD GRAVE? _____

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? _____

COMENTARIOS: _____

_____

_____

_____

Aviso: La participación en el programa YANA no establece una relación especial entre el participante y la Oficina del Alguacil del Condado de San Diego.

No se crea una obligación de llamarle por teléfono, responder en su domicilio, o solicitar ayuda de emergencia si usted no contesta.

Las agencias YANA y sus voluntarios no serán responsables ante usted ni ante ninguna otra persona por ningún acto u omisión que cause lesiones o daños a la propiedad como resultado de no recibir una llamada o de no responder en su domicilio si usted no contesta.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DE LA PERSONA QUE HACE LA SOLICITUD: _____ FECHA: _____