



# Formulario de alerta de fuga por autismo

En colaboración con:



## INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE LA PERSONA PARA EL PERSONAL DE PRIMERA RESPUESTA

Nombre de la persona \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Iniciales segundo nombre) (Apellido)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Nombre preferido \_\_\_\_\_

¿Vive solo? \_\_\_\_\_



Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

### DESCRIPCIÓN FÍSICA DE LA PERSONA

\_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Color de ojos: \_\_\_\_\_ Color de pelo: \_\_\_\_\_

Cicatrices u otras marcas identificativas: \_\_\_\_\_

### OTRAS AFECCIONES MÉDICAS RELEVANTES ADEMÁS DEL AUTISMO (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):

\_\_\_\_\_ Sin sentido del peligro \_\_\_\_\_ Ciego \_\_\_\_\_ Sordo \_\_\_\_\_ No verbal \_\_\_\_\_ Discapacidad intelectual  
\_\_\_\_\_ Propenso a convulsiones \_\_\_\_\_ Deterioro cognitivo \_\_\_\_\_ Otras, incluidos problemas específicos de comportamiento

Si agrega otra, explique: \_\_\_\_\_

Necesita medicamentos con receta: \_\_\_\_\_

Problemas sensoriales o dietéticos, si los hay: \_\_\_\_\_

Información adicional que puede necesitar el personal de primera respuesta: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia (padres/tutores, cabeza de familia/residencia o cuidadores): \_\_\_\_\_

Dirección del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Números de teléfono de los contactos de emergencia:

Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia alternativo: \_\_\_\_\_

Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_



**INFORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE LA PERSONA**

Atracciones o lugares favoritos donde se puede encontrar a la persona:

---

---

Comportamientos o características atípicas de la persona que pueden atraer la atención de los intervinientes:

---

---

Juguetes, objetos, música, temas de discusión, gustos o aversiones de la persona:

---

---

Método de comunicación preferido (si no es verbal: lenguaje de signos, pictogramas, palabras escritas, etc.):

---

---

Método de comunicación preferido II (si es verbal: palabras preferidas, sonidos, canciones, frases a las que pueda responder):

---

---

Información de identificación (es decir, ¿lleva o usa la persona joyas, etiquetas, tarjeta de identificación, pulseras de alerta médica, etc.?):

---

---

Información de seguimiento (¿dispone la persona de un número de transmisor del Proyecto Lifesaver o LoJack SafetyNet?):

---

---