

**CTSA Aplicación** Por favor escriba

Fecha \_\_\_\_\_ Hombre/Mujeres

**Apellido:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** Mr. / Mrs. / Ms. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Medi-Cal # \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia #1** \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia #2** \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Participante puede estar solo?  Sí  No

**Ayudas para la movilidad usados:**

Manual de la silla de ruedas

Silla de ruedas eléctrica

Desarrollado Scooter  Caminante

Servicio de Animales  De caña

**Discapacidad Visual:**  Moderada

Graves  Completamente alterada

¿Personas con discapacidad auditiva?  Sí  No

¿Día de Alzheimer Centro de Atención?

Sí  No

¿El cliente requiere un proveedor de atención?

Sí  No

Pacientes de diálisis?  Sí  No



**North of the River**  
recreation and park district

**Si es menor de 60 años de edad por favor  
tenga a su médico que llene el formulario  
adjunto.**

SS-820