



## FOLSOM STAGE LINE • DIAL-A-RIDE FORMULARIO DE REGISTRO

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Segundo nombre

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

TELÉFONO (Hogar) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DOCTOR \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

RELACIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO (OTRO) \_\_\_\_\_

Marque el que corresponda:

\_\_\_\_\_ Andador

\_\_\_\_\_ Bastón

\_\_\_\_\_ Silla de ruedas

\_\_\_\_\_ Muletas

\_\_\_\_\_ Tanque de oxígeno

\_\_\_\_\_ Audífono

\_\_\_\_\_ Ceguera

\_\_\_\_\_ Marcapasos

\_\_\_\_\_ Movilidad lenta

\_\_\_\_\_ Necesita un Asistente de Atención Personal (debe contratarlo usted)

\_\_\_\_\_ Otro (indique abajo)

Por favor, indique cualquier otra discapacidad que pueda tener: \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Uso de oficina

Calificación ADA (Ley de Discapacidad de EE.UU.)

No calificado

Calificación  Tipo 1

Tipo 2

Tipo 3

Tipo 4

**INFORMACIÓN: (916) 355-8347 / FAX (916) 355-8362 / [www.folsom.ca.us](http://www.folsom.ca.us)  
50 NATOMA STREET • FOLSOM, CALIFORNIA 95630**