



El Departamento del Sheriff del Condado de Los Ángeles (LASD) usará la información que proporcione voluntariamente a continuación para ayudarlo a usted y a sus seres queridos cuando alguaciles respondan a sus llamadas de servicio. El Departamento del Sheriff del Condado de Los Ángeles ingresará una "Alerta Especial" en su sistema de despacho de computadora, y los alguaciles recibirán cierta información cuando respondan. Esta información no se utilizará para hacer cumplir las leyes contra usted o sus seres queridos. Al proporcionar esta información con anticipación, está alertando a los alguaciles sobre las necesidades de las personas en su hogar que se sospecha tienen o han sido diagnosticados con una discapacidad intelectual, mental o física, y esto les ayudará decidir cómo abordar mejor la situación y qué recursos traer consigo. Si es necesario y están disponibles, esos recursos pueden incluir una respuesta conjunta con profesionales capacitados en salud mental que se especializan en resolver situaciones críticas de manera pacífica.

**SOLICITANTE**

Nombre (Apellido, Nombre)		Fecha de Nacimiento	Núm de Licencia/ID/ Núm de Pasaporte	Emitido Por
Domicilio			Ciudad/Estado/Código Postal	
Teléfono	Correo electrónico	Relación con el participante		

**INFORMACION DEL PARTICIPANTE DE ALERTA ESPECIAL**

Nombre de Participante (Apellido, Nombre)		Fecha de Nacimiento	Núm de Licencia/ID/Núm de Pasaporte	Emitido Por
Domicilio			Ciudad/Estado/Código Postal	
Nombre o Apodos Preferidos (si los hay)		Idioma Hablado/Entendido	¿Verbal/No-Verbal?	
Sexo	Estatura	Peso	Color de Cabello	Color de Ojos
Diagnóstico (si corresponde)		Discapacidad Física (si corresponde, es decir, dificultad para oír, ciego)		
Objetos o Estímulos a los que el Participante Responde Positivamente (es decir, música, imágenes, cuidador)				
Se Requiere Ayuda Para Caminar / Asistencia Para la Movilidad (si corresponde)			Nombre y Teléfono del Psicólogo/Psiquiatra Tratante	
Desencadenantes de Comportamiento/ Evitaciones (si corresponde)				
Comportamiento Violento Pasado (hacia la familia o otros, si corresponde)				
¿Armas en el hogar?				

**IMPORTANTE:** Reconozco que he proporcionado voluntariamente esta información para ingresar como Alerta Especial en el sistema de despacho informático del Departamento del Sheriff del Condado de Los Ángeles. El Departamento del Sheriff del Condado de Los Ángeles respeta el derecho a la privacidad y no se lo presentará a ningún miembro del público sin una orden judicial que lo requiera. El Departamento del Sheriff del Condado de Los Ángeles no recopilará ni mantendrá la información en este formulario para ningún otro propósito que no sea para ayudarme a mí y a mis seres queridos. Además, reconozco que: 1) La información en este formulario es precisa a lo mejor de mi conocimiento; 2) El Departamento del Sheriff del Condado de Los Ángeles sólo mantendrá la información durante dos años; 3) Actualizaré este formulario con nueva información según sea necesario; 4) No se han hecho promesas o garantías legalmente vinculantes; y 5) Libero al Departamento del Sheriff del Condado de Los Ángeles de toda responsabilidad relacionada con el uso o mantenimiento de esta información.

Nombre del Solicitante (por favor imprima)	Firma	Fecha
--	-------	-------

**Solo Para Uso del Departamento:**

Date Received/Verified	By (LASD Employee Name)	Employee Number
Date Entered in CAD System	By (LASD Employee Name)	Employee Number
Comments		