

INFORMACIÓN DE PERSONA VULNERABLE  
PARA EL USO DE LOS OFICIALES DE SEGURIDAD PUBLICA DEL CONDADO DE SKAGIT

**INFORMACIÓN DE PERSONA VULNERABLE**

FOTO: SI NO

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ APODO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ SEX: \_\_\_\_\_

COLOR DE CABELLO: \_\_\_\_\_ COLOR DE OJOS: \_\_\_\_\_ LENTES: \_\_\_\_\_

CICATRICES/MARCAS/TATUAJES: \_\_\_\_\_

ESTRATEGIAS CALMANTES: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE VULNERABILIDAD: \_\_\_\_\_

PROVOCA: \_\_\_\_\_

NECESIDADES ESPECIALES: \_\_\_\_\_

NECESIDADES MEDICALES: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS \_\_\_\_\_

DOCTOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN PARA CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

RELACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

#DE TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ #DE TELÉFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

#DE TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_ NÚMERO ADICIONAL: \_\_\_\_\_

**CONTACTO ALTERNATIVO:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ #DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN INCLUIDA ARRIBA SE PROPORCIONA VOLUNTARIAMENTE Y SER MANTENIDO POR LA OFICINA DEL SHERIFF DEL CONDADO DE SKAGIT. ESTA INFORMACIÓN PODRÍA SER SUJETA AL ACTA DE REGISTROS PÚBLICOS Y PODRÍA HACERSE PÚBLICO EN CASO DE UNA PETICIÓN DE REGISTROS PÚBLICOS.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA