

SOLICITUD PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL CONDADO DE KALAMAZOO

FECHA DE LA SOLICITUD:

NOMBRE:

NOMBRE LEGAL (SI ES DIFERENTE):

DIRECCIÓN EN EL CONDADO DE KALAMAZOO:

EMAIL (Opcional):

Me gustaría recibir vía correo electrónico: Notificación de renovación Noticias acerca del Programa de la ID del Condado

FECHA DE NACIMIENTO:

COLOR DE OJOS:

ESTATURA (FT' IN"):

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (Opcional):

NOMBRE:

DOMICILIO:

CIUDAD, ESTADO, C.P.:

TELEFONO:

- POR FAVOR AÑADA MI NOMBRE AL REGISTRO DE DONADORES DE ÓRGANOS EN MICHIGAN
(Fecha de Nacimiento será liberado al Registro de Donadores de órganos de Michigan)
- SIRVO O HE SERVIDO EN LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (E.U.A.)
- ESTOY REGISTRADO CON LA ALERTA MÉDICA POR MI ESTADO DE SALUD
(En caso de una emergencia, los socorristas están capacitados para buscar en la muñeca y el cuello del paciente una pulsera o collar de identificación médica que contenga la información médica relevante.)

FIRMA:

STAFF USE ONLY

APPROVED NOT APPROVED STAFF INITIALS

ID CARD NUMBER DATE

METHOD OF PAYMENT: CASH CHECK CREDIT/DEBIT

SCHOLARSHIP TRANSACTION ID #