

Formulario de Registración para Voluntarios

Por favor envíe este formulario a Barbara O'Malley: ambos lados por fax al 610-278-5167 o por correo a Montgomery County Department of Health, 1430 DeKalb Street, Norristown, PA 19404-0311



Departamento de seguridad publica de Montgomery County Y El Departamento de Salud de Montgomery County Preparación de salud publica/medica Grupo medico de reserva



Información para Registración

Primer Nombre _____ Apellido _____

Sexo H _____ M _____ Fecha de Nacimiento(mm/dd/yyyy)(____/____/____)

Organizacion _____

Ocupacion _____ Activo/a/Retirado _____

Certificación profesional y/o Licenciatura: Tipo _____ Estado _____ Activo/a/Retirado/a _____

Certificación profesional y/o Licenciatura: Tipo _____ Estado _____ Activo/a/Retirado/a _____

Certificación profesional y/o Licenciatura: Tipo _____ Estado _____ Activo/a/Retirado/a _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ Código postal _____

Dirección de trabajo _____

Ciudad _____ Estado _____ Condado _____ Código postal _____

Tel. Casa (____) _____ Tel. Trabajo (____) _____ Ext. _____

Tel. celular (____) _____ Beeper (____) _____ Fax (____) _____

Correo electrónico; Casa _____ trabajo _____

¿Licencia de conducir? Si No Escriba los 8# de su licencia _____ CDL? Si No

OTRO LADO



A. Que clase de educacion entrenamiento tiene usted?

General

- Certificado en CPR
- Certificado en Primer Auxilio
- Servicio de emergencia EMS/FF
- Información de tecnología
- Policía/Policía Militar
- Manejo y transportación de materiales
- Dirección logística de materiales
- Farmaceuticos
- Planeación
- Salud Publica
- Transportación
- Traducción/necesidades especiales
- Lenguajes _____
- _____
- Veterinaria/Asistencia de animales
- Otra _____

Medico

- Medicina general interna
- Cirugia general
- enfermedades infecciosas
- Cirugia cerebral
- Neurología
- Cirugia de emergencia
- Otra especialidad
- List _____

Enfermería

- Control de infecciones
- Medico/quirúrgico
- Ginecología
- Enfermería psicológica
- Escuela
- Trauma
- Otra especialidad
- List _____

B. En que sección le gustaría a usted servir como voluntario/a?

- Centro de comunicaciones/Centros OPS
- centro de servicios del medio ambiente/Necesidades de voluntarios
- Anfitrión de un centro de servicio
- Servicios logísticos de uno de los centro de servicio
- Centro de evaluación y cuidado medico
- Centro de registracion y registros
- Centro de manejo de necesidades especiales
- Bodega de comunicaciones y ordenes electrónicas
- Gerente de bodega
- Farmacista de la bodega de farmacéuticos
- Bodega-Transportación-seguridad

Por Favor marque el condado en el cual usted preferiría servir (El numero 1 marcando su elección preferida, no es necesario que marque todos los condados)

Montgomery _____

Bucks _____

Chester _____

Delaware _____

Philadelphia _____

Es usted parte de una reserva militar, o estado de re-llamado que le impediría servir como voluntario/a? Si este es el caso por favor indíquelo abajo:

1. _____

2. _____