



# Apex Police Department's CAPA Medical ID Program

## Departamento de Policia de Apex CAPA Programa de ID Medico



- Please answer the following questions to the best of your ability. If you don't know an answer please skip the question and complete the remaining sections. This form will be returned to you following the ID session. Thanks for participating!  
(Por favor conteste las siguientes preguntas a lo mejor de sus capacidades. Si no sabe una respuesta por favor omitir la pregunta y complete las secciones restantes. Este formulario será devuelto a usted al completar la sesión del ID. Gracias por participar!)
- If available, please provide a drivers license or other photo ID for verification purposes  
(Si esta disponible, favor de proveer su licencia de manejar/conducir y/o otra identificación con foto para propósito de verificación.)

<b>Name: (First, Middle, Last)</b>			
<b>Nombre: (Nombre, Segundo nombre, Apellido)</b>			
<b>Nickname:</b>			
<b>Apodo:</b>			
<b>Legal Guardian:</b>			
<b>Tutor/Guardian Legal:</b>			
<b>Gender: ( ) Male ( ) Female</b>	<b>Height: ft. Inches</b>	<b>Weight: lbs.</b>	
<b>Género: Masculino Femenino</b>	<b>Estatura:</b>	<b>Peso:</b>	
<b>Eye Color:</b>	<b>Hair Color:</b>	<b>Glasses: ( ) Yes ( ) No</b>	
<b>Color de Ojos:</b>	<b>Color de Pelo:</b>	<b>Lentes: Si No</b>	
<b>Race:</b>	<b>Blood Type:</b>	<b>Date of Birth:</b>	
<b>Nacionalidad:</b>	<b>Tipo de sangre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	
<b>Medical Information(Surgeries, Medical Conditions/Diagnosis) / Información Médica(Cirugías, Condiciones Médicas/Diagnósticos)</b>			
<b>Allergies / Vital Information:</b>			
<b>Alergias / Información Importante:</b>			
<b>Primary Phone Number:</b>		<b>Alternate Phone Number:</b>	
<b>Número de Teléfono:</b>		<b>Número de Teléfono Alterno:</b>	
<b>(Include City, State, Zip Code/ Incluir Ciudad, Estado, Código postal)</b>			
<b>Address:</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>Emergency Contacts: (List Only Three/Incluya solo tres)</b>			
	<u><b>Name/Nombre</b></u>	<u><b>Relationship/Relación</b></u>	<u><b>Phone/Teléfono</b></u>
<b>Contactos de Emergencia:</b>			
<b>(List Primary and Secondary/ Incluya el Primario y Secundario)</b>			
<b>Physician Information:</b>	<u><b>Name/Nombre</b></u>	<u><b>City/Ciudad</b></u>	<u><b>Phone/Teléfono</b></u>
<b>Información del Médico:</b>			
<b>Medications:</b>	<u><b>Name/Nombre</b></u>	<u><b>Dosage/Dosis</b></u>	<u><b>Frequency/Frecuencia</b></u>
<b>(List 5 in Order of Priority)</b>			
<b>Medicamentos:</b>			
<b>(Mencione 5 en orden de prioridad)</b>			