



**Cruz Roja  
Americana**

## Herramienta de trabajo: Consulta para bienestar de Emergencia y Formulario para solicitud de Reunificación familiar Servicios de Ciclo de Desastres Responder/Reunificación

### Solicitud de Consulta para Bienestar de Emergencia y Formulario de Solicitud para Reunificación Familiar: Instrucciones Para Su Uso

Complete este formulario cuando necesite una consulta para bienestar de emergencia o una solicitud para reunificación familiar. Cualquiera de estas dos solicitudes produce como resultado una búsqueda exhaustiva de ese individuo y seguimiento con el solicitante. Este formulario puede ser utilizado en el campo o por un miembro del equipo del centro de llamadas de reunificación virtual.

Esta herramienta de trabajo debe utilizarse junto con las siguientes doctrinas:

- [Normas y Procedimientos de Reunificación](#)
- [Herramienta de Trabajo: Servicios de Reunificación](#)
- Herramienta de Trabajo: Apoyo del Centro de Llamadas de Reunificación Virtual (en desarrollo)
- Herramienta de Trabajo: Guía del usuario para Consulta de Bienestar de Emergencia y Registro para Solicitud de Reunificación familiar (en desarrollo)

A continuación se proporcionan instrucciones sobre cómo completar el formulario correctamente. Complete cada campo obligatorio (campos con un "\*") y los campos no obligatorios cuando corresponda. El formulario en sí está disponible [aquí](#):

Form Section	Requerido?	Information
Acción solicitada	Requerido	Seleccione la acción que le gustaría que se tomara en el caso
Motivo de preocupación	Requerido	Categoría de preocupación – Seleccione la categoría de preocupación apropiada. La selección ayudará al trabajador de reunificación a comprender más claramente el razonamiento de por qué el caso se clasifica como una investigación de bienestar de emergencia.
Información del buscador	Requerido	Apellido, nombre, dirección, ciudad, estado, teléfono Complete cualquier información adicional, según corresponda.
Información de la persona buscada (la persona que se está buscando):	Requerido	Apellido, nombre, género, relación con el solicitante, ciudad-estado. Complete cualquier información adicional, según corresponda.

Contactos de personas buscadas		Complete la información adicional, según corresponda. Cualquier información adicional ingresada en esta sección ayudará a la búsqueda exhaustiva de esa persona.
Sought Person Contacts		Complete los contactos adicionales, según corresponda. Cualquier contacto adicional ingresado en esta sección ayudará a la búsqueda exhaustiva de esa persona.
Información adicional sobre la persona buscada		Complete cualquier información adicional pertinente, según corresponda.
Acciones de la Cruz Roja	Requerido	Registre todas las acciones tomadas durante la búsqueda integral de la persona buscada (llamadas telefónicas, cooperación con socios, etc.). Este registro garantiza que no haya duplicidad de esfuerzos y consistencia durante una transición del personal.
Información de contacto del trabajador de la Cruz Roja	Requerido	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fecha/hora en que se resolvió el caso: ingrese la fecha / hora en que se resolvió el caso. Esto asegurará que el registro de casos se actualice adecuadamente.</li> <li>b. Nombre del trabajador de la Cruz Roja o número de miembro - Ingrese el nombre del trabajador que autorizó que se resolviera el caso. Esta autoridad reside en el Líder de Reunificación.</li> <li>c. DR #/Sitio de entrega de servicios – consulte con el administrador del sitio para determinar el DR # apropiado o el nombre del sitio donde se proveyó el servicios.</li> <li>d. Número de teléfono del sitio de prestación de servicios: esta información es útil para el seguimiento del caso</li> </ul>

Solicitud de Consulta para Bienestar de Emergencia y Formulario para Solicitud de Reunificación Familiar

<b>Action Requested</b>			
*Estatus del caso (inicio/finalización)		<input type="checkbox"/> Cierre del caso	
<input type="checkbox"/> Crear una investigación para bienestar de emergencia <input type="checkbox"/> Crear una solicitud para reunificación familiar <input type="checkbox"/> Crear una investigación para bienestar militar			
<b>Motivo de preocupación</b>			
*Categoría de preocupación		Notas adicionales sobre la preocupación	
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Acceso o Necesidad Funcional <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Miembro conectado a la comunidad militar <input type="checkbox"/> Otros			
Fecha/hora en que la persona buscada estuvo en contacto		Donde fue vista la persona buscada por última vez	
<b>Información del buscador</b>			
*Apellido		*Nombre	
Dirección		*Ciudad	*Estado      Código Postal
Condado		Teléfono	Teléfono alternativo
Correo electrónico		Mejor momento para contactar:	
		<input type="checkbox"/> Día laborable <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche	
<b>Información de la persona buscada</b>			
*Apellido		*Nombre	Inicial
*Fecha de Nacimiento/Edad		*Género:	*Relación con el buscador
Dirección		*Ciudad	*Estado      Código Postal
Condado		Teléfono	Teléfono alternativo
Correo electrónico		Idioma principal	Idioma secundario

<b>Descripción física de la persona buscada</b>		
Ropa	Color de cabello	Peinado
Peso	Altura	Musculatura
Raza	Tez	Color de ojos
Marcas distintivas (lunares, cicatrices, tatuajes)	Vello facial (bigote, barba, patillas, etc.)	Espejuelos: (Y o N)
Artículos que transportaba		
<b>Contactos de personas buscadas</b>		
Nombre/teléfono de otras personas que viven en el hogar de la persona buscada	Nombre/teléfono de otros familiares	
Nombre/teléfono de los vecinos	Nombre/teléfono de los amigos	
<b>Información adicional sobre la persona buscada</b>		
Empleador	Lugar de culto	
Lugares adicionales a los que la persona buscada suele visitar a menudo	Razón por la que la persona buscada podría no querer evacuar	
Información adicional que podría ayudar a localizar a la persona buscada		
<b>Acciones de la Cruz Roja</b>		
*Medidas adoptadas	*Por quién	*Fecha/Hora
*Medidas adoptadas	*Por quién	*Fecha/Hora
*Medidas adoptadas	*Por quién	*Fecha/Hora
<b>Información de contacto del trabajador de la Cruz Roja</b>		
*Fecha/hora del caso resuelto	*DR#/Sitio de prestación de servicios	
*Autorizar el nombre o número de miembro del trabajador de la Cruz Roja	*Número de teléfono del sitio de prestación de servicios	