

Home Address		
Address *	Apartment or Mobile Home # *	Mark "NA" if Not Applicable
City *	State *	Zip * _____
Services Provided		
# of new smoke alarms installed and tested? *	Did the resident(s) create a fire escape plan? *	Yes / No
# of new bed shaker alarms installed and tested (DHH) *	Did the resident(s) review the Home Fire Safety Checklist? *	Yes / No
Serial number(s) of any new bed shaker alarms *	Did the resident(s) learn about a local hazard? *	Yes / No
# of batteries replaced? *	If yes, what hazard?	

I am a resident of the home at the address above. Today, I received the services indicated on this form. I also received instructions about how to use and maintain smoke alarms. It is my responsibility to maintain the smoke alarm(s) per the manufacturer's recommendations and to test the alarm(s) monthly. It is also my responsibility to make sure I have the appropriate type of smoke alarms in my home. Different types of alarms, ionization and photoelectric, detect fires differently and experts recommend having both types. It is additionally my responsibility to make sure that I have the appropriate number of smoke alarms and that the alarms are in appropriate locations. Furthermore, the American Red Cross and its partners are not responsible for determining the appropriate type, number or location of smoke alarms.

Your signature indicates that you have read the information above and that you agree with its content.

Resident's Printed Name *

Red Cross/ Partner Printed Name *

Resident's Signature *

Red Cross/ Partner Signature *

Date: ____/____/____ *

Date: ____/____/____ *

Initial Assessment Upon Visit	
How many people live here? *	How many pre-existing smoke alarms does the household already have? *
How many youth ages 17 and under live here? *	How many pre-existing smoke alarms are working? *
How many adults ages 65 and older live here? *	Additional Notes:
How many individuals with a disability, or an access or functional need live here? *	
How many veterans, military members, or military family members live here? *	

Partner Reporting	Region Designated Reporting Fields
National Partner *	Optional 1.
Local Partner(s) *	Optional 2.

Information for Future Follow-up	
Did the client provide contact info? * Yes / No	Email Address
Cell Phone Number	Other Phone Number

Administrative Section: Complete Section Below after Record is Entered into the Online Reporting Portal	
Who entered the record into the online reporting portal?	
What date was record submitted into the online reporting portal?	____/____/____

Dirección de Casa

Dirección *	Apartamento o Casa Móvil # *	Marque "NA" si No Aplica
Ciudad *	Estado *	Código Postal * _____

Servicios Proporcionados

¿# de alarmas detectoras de humo nuevas instaladas y probadas? *	¿El(los) residente(s) elaboró(aron) un plan de escape de incendio? * Sí / No
¿# de alarmas de cama nuevas instaladas (DHH)? *	¿El(los) residente(s) revisó(aron) La Lista de Verificación de Seguridad Incendio en el Hogar? * Sí / No
Números de serie de cualquiera alarmas de cama instaladas *	¿El(los) residente(s) aprendió(eron) acerca de los peligros locales? * Sí / No
¿# de baterías reemplazadas? *	¿Si sí, cuál peligros?

Soy un residente de la casa ubicada en el domicilio anterior. Hoy recibí los servicios indicados en este formulario. También recibí instrucciones de cómo usar y dar mantenimiento a las alarmas de humo. Es mi responsabilidad el dar mantenimiento a la(s) alarma(s) de humo de acuerdo a las recomendaciones del fabricante y probar la(s) alarma(s) mensualmente. También es mi responsabilidad asegurarme de tener el tipo apropiado de alarma de humo en mi hogar. Los diferentes tipos de alarmas, ionización y fotoeléctrica, detectan los incendios de manera diferente y los expertos recomiendan tener ambos tipos. También es mi responsabilidad asegurarme de tener el número adecuado de alarmas de humo y que las alarmas estén ubicadas en lugares apropiados. Además, ni Cruz Roja Americana ni sus asociados son responsables por determinar el tipo apropiado, cantidad y ubicación de las alarmas de humo.

Su firma indica que ha leído la información anterior y que está de acuerdo con este contenido.

Nombre con Letra de Imprenta del Residente *	Cruz Roja / Nombre de Asociado en Letra de Imprenta *
Firma del Residente *	Firma de Cruz Roja / Asociado *
Fecha: ____/____/____ *	Fecha: ____/____/____ *

Evaluación Inicial en la Visita

¿Cuántas personas viven aquí? *	¿Con cuántas alarmas de humo pre-existentes ya cuenta el hogar? *
¿Cuántos menores de edad con edades de 17 años y menos viven aquí? *	¿Cuántas alarmas de humo pre-existentes funcionan? *
¿Cuántos adultos con edades de 65 años o más viven aquí? *	Notas Adicionales:
¿Cuántos individuos con discapacidades o necesidades de acceso o funcionales viven aquí? *	
¿Cuántos veteranos, militares o miembros de una familia de militar viven aquí? *	

Informe de Asociado Campos de Informe Designados por Región

Asociado Nacional *	Opcional 1.
Asociado(s) Local(es) *	Opcional 2.

Información para Seguimiento Futuro

¿El cliente proporcionó información de contacto? * Sí / No	Dirección de Email
Teléfono Celular	Otro Número Telefónico

Sección Administrativa: Complete la Sección a Continuación después de que se Ingrese un Registro en el Portal de Informes Online

¿Quién ingresó el registro en el portal de registro online?	
¿En qué fecha de envió el registro al portal de informes online? _____/____/_____	